

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ ПРОФ. И. Д. ЕРМАКОВА

---

ВЫПУСК XX

ЭРНЕСТ ДЖОНС (D-r Ernest Jones)

## ТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

(ПАТОНЕВРОЗЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ)

Перевод д-ра В. А. БЕЛОУСОВА  
Предисловие проф. Ив. ЕРМАКОВА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МОСКВА





ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ ПРОФЕССОРА И. Д. ЕРМАКОВА

ВЫПУСК ДВАДЦАТЫЙ

---

ЭРНЕСТ ДЖОНС (D-r Ernest Jones)

(ЛОНДОН)

# ТЕРАПИЯ НЕВРОЗОВ

(ПАТОНЕВРОЗЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ)

Перевод д-ра В. А. БЕЛОУСОВА

Предисловие проф. Ив. Дм. ЕРМАКОВА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА



INTERNATIONAL  
PSYCHOANALYTIC  
UNIVERSITY BERLIN



## ПРЕДИСЛОВИЕ.

Несмотря на то, что русскую литературу нельзя считать бедной в области психотерапии, перевод книги Джонса (Jones), председателя Международного Психоаналитического Общества, «Терапия психозов (Therapie der Neurosen)», является вполне законным и своевременным. Напечатанная в 1921 году на немецком языке и принадлежащая автору, хорошо осведомленному в различных течениях психотерапии, книга Джонса дает возможность читателю ориентироваться в отношениях психоанализа к другим методам психотерапии и может служить прекрасным путеводителем в этой чрезвычайно важной области.

Работ по психотерапии и в старой и в новой литературе не мало, их особенно много в области гипнотерапии, области метода, получившего наибольшее признание у лечащих и у лечащихся. Загадочность, таинственность явлений гипнотизма создают ему поклонников в среде людей, склонных к мистическому, и противников — среди тех, кто не может примириться с иррациональностью в этой области, но ни первые, ни вторые, ни слепые адепты, ни ярые противники, не помогают нам лучше понять и осознать механизм действия гипноза. Научное исследование может начаться только тогда, когда руководящую роль в познании будут играть не аффекты, не «исполнение желания» тех, кто изучает вопрос, а тщательное методическое, кропотливое исследование фактов психической деятельности. Если лечащийся, переживая в той или иной степени «трепет» перед авторитетом известного гипнотизера и ожидая от него чудес, является наиболее благодарным объектом для внушения, то врач, применяющий психотерапию, сознательно и научно, должен быть свободен от таких воззрений, от веры в сверхъестественный и необъяснимый источник таких свойств своей души. Это перенесение вопроса о сущности воздействия на людей путем психического влияния на личность самого психотерапевта мешало до сих пор подойти вплотную к разрешению вопроса о



сущности механизма влияния психики одного человека на психику другого. И так как, как мы это теперь хорошо знаем, весь процесс основывается на психике того, на которого воздействуют (лучше сказать, того, который испытывает и чувствует влияние) то понятным делается, что, несмотря на целый ряд исследований вопроса о сущности внушения, вопрос этот остается темным, неясным. И только психоанализ указывает нам путь к пониманию процессов, лежащих в основе гипнотических явлений.

При таком подходе, когда центр тяжести переносится на самого врача гипнотизера (что, конечно, чрезвычайно льстит его самолюбию), его роль нередко берет на себя и, надо прибавить, с тем же успехом и какойнибудь шарлатан, мистически настроенный благотворитель, иногда просто колдун: они отвечают потребности людей верить в таинственные методы лечения. Некогда один опытный клиницист по кожным болезням прочел занимательную лекцию о том, какого лечения ждет от врача суеверный и непросвещенный больной. Если прописываешь мазь, то она должна быть какого либо невероятно противного запаха и цвета, чтобы ее никак нельзя было потом соскоблить и смыть, если внутреннее лекарство, то оно должно быть такого отвратительного вкуса, чтобы глаза вылезали на лоб. Чем больше предосторожностей приходится принимать при приеме лекарства, тем оно действительнее, так как во всех этих случаях действует не лекарство, оно является только проводником (*vehiculum*) того внушения, которое осуществляет врач над своим пациентом. Врач должен считаться с таким эффектом прописываемых им лекарств, но он обязан не поддерживать суеверия больных, а стараться, поняв больного, обратить его внушаемость на его же пользу, дав ему возможность сознательно отнестись и к лечению и к болезни.

Врач, отрицающий значение внушения в лечении электричеством, водою, иными лекарствами и режимом, перестает понимать, почему в одном случае его лечение помогло, а в другом нет. И тогда он готов обвинить во всем «нервность» больного, «нервы» больного мешают понять его состояние. Но то, что мы привыкли совершенно неправильно называть «нервами», по существу своему есть «психика» больного, с которой прежде всего и следовало бы считаться. Однако, врачи только в редких случаях, и скорее интуитивно, считаются и принимают во внимание «нервы-психику» больного, а в наших университетских курсах мы пока, к сожалению, не имеем кафедры психоанализа, которая помогла бы нам



хоть сколько нибудь разобраться в психических проявлениях больных.

Такого же рода, однако, обставленное более научно, лечение, опирающееся на невежество больного, практикуется целым направлением в психотерапии, где больному прописывается только для видимости что то, что в крайнем случае безразлично (*ut aliquid fieri videatur*); сюда же в огромном большинстве случаев следует отнести всю эту внешне импозантную терапию сложнейшими механическими приемами (механотерапию). Такая терапия не проясняет сознания больного, а пользуется его темнотой. Так, один гинеколог для импозантности держал в своем кабинете «воздушный насос», приводивший в трепет пациентов.

Этот пробел восполняет психоанализ, который имеет то преимущество перед другими методами психотерапии, что он позволяет нам глубже проникнуть в психологию болезни, в ее механизм. С точки зрения достижений психоанализа и написана книга Джонса, дающая в кратких чертах все существенное в смысле терапии неврозов. Неврозы, как понимает их психоанализ, характеризуются прежде всего тем, что они делают человека в той или иной степени асоциальным; неврозы — болезни, связанные с определенными культурными ограничениями, которым подвергается отдельная личность, испытывающая чувство своей «несостоятельности»; относительно давно пережитых культурных запрещений, уже потерявших в настоящее время значение, больной вновь переживает чувство связанности, совершенно чуждое сознанию и мирозерцанию общества, в котором живет заболевший. Лечение должно прежде всего сделать больного социальным, общественно ценным. Невроз — социальная болезнь. В болезни невротиков, кроме моментов предрасполагающих и «случайных переживаний», громадное значение играют переживания детства до возраста 4—5 лет, как выяснил Фрейд (Freud). Анализ каждого случая невроза приводит нас к этим детским переживаниям, и в том случае, если больному удастся, наконец, связать свои детские переживания с тем, что его беспокоит в настоящее время в болезни, если «смысл» симптомов раскрыт, если то, что его пугало и мешало быть здоровым, стало для него ясным и понятным, отнесенным к другому периоду его жизни, когда его умственные способности были слабее развиты, когда он, как представитель, как бы другой, более низкой культуры, иначе воспринимал мир, — когда все это ему самому станет понятным на собственном опыте, и не будет вызывать



у него сомнений, когда он убедится, каковы те настоящие причины, которые привели его к болезненному состоянию, только тогда можно считать анализ законченным. В то же время у больного в результате такой работы является совершенно иное, сознательное отношение к своей болезни, появляется понимание того, что с ним было и почему это было. Через процесс довоспитания, познания и овладения достигнутыми знаниями, через активность, а не пассивное подчинение гипнотизеру или авторитарному воздействию, больной освобождается от того, что имело смысл, имело значение в его жизни, только благодаря непониманию находящихся и действующих из бессознательного механизмов; он был во власти таких сил, к которым у него в сознании не было путей.

Поскольку психоанализ обращается к механизму неврозов, поскольку его теоретические построения диктуются изучением психологической их структуры, поскольку врач психоаналитика не может удовлетворить эта сбивчивая классификация, в которой безнадежно перепутаны понятия неврастения, церебральной неврастения, психастении, фобий и много др. Для того чтобы, пользуясь психоанализом, приступить к лечению, необходимо отличать целый ряд заболеваний, уметь ставить правильный диагноз, уметь распознавать болезнь. Какая невероятная путаница царит в этой области, как нередко случаи, когда врач, неразбирающийся в психике больного и в психологической структуре заболевания, объявляет больного неизлечимым в виду, например, циркулярного психоза или эпилепсии. Между тем ближайшее исследование показывает, что мы имеем дело с вполне излечимыми неврозами, которые сплошь и рядом десятки лет лечатся симптоматически. Под угрозой повторения болезни больные должны воздерживаться от какой бы то ни было деятельности, уподобляясь инвалидам, вместо того, чтобы подвергнуться лечению коренному, которое может освободить их от симптомов, имеющих только внешнее сходство с падучей или циркулярным психозом.

В других случаях большое пристрастие и вкус врача к мозговым локализациям и к анатомическим центральным поражениям при полном игнорировании психики больного приводит и опытного врача к применению такой терапии (например, лечение ртутью), которая, как ни странно, несмотря на полный свой неуспех и недействительность, пользуется доверием больных. Больному нередко гораздо легче принять и допустить, что причиной его болезни является какое нибудь, хотя бы и не доказуемое анатомическое изменение,



чем прийти к сознанию, что причина болезни—в его психике, что вина за болезнь принадлежит его малодушию. Сколько таких больных с ложной глухотой, с ложным уретритом, простатизмом, неврозами сердца, астмами, которых только разбирающиеся в психике больных врачи направляют по настоящему пути, а большинство лечит, и безуспешно, светом, водой, электричеством, водами, гомеопатией и аллопатией, ветерком, синим светом, убеждением и т. п. вместе того, чтобы подвергнуть их радикальному лечению, к которому врачи, воспитанные на прежних традициях, относятся с явным предубеждением и недоверием. Но такова судьба всякого нового шага в науке, что он вызывает протест тех, кто застыл в старых формах и не в силах уже сдвинуться с прежних позиций.

Не следует однако думать, что врачи, скептически относящиеся к психоанализу и, может быть, к психотерапии, в исключительных случаях не пользуются такими средствами, которые больше относятся к магии и суевериям, чем к научным методам лечения. В двух больших учреждениях для нервно и душевно больных применяется на ряду с рыбьим жиром, мышьяком и нейтральными ваннами еще бром, у одной моей больной после ветерка и синего света от тикозных движений применили красный гарус и металлотерапию (месмеризм!).

Однако, опыт молодой науки растет, и того врача, который познакомился с тем, что дает для познания больного и для его излечения психоанализ, уже не удовлетворит поверхностный анализ и анамнез, собираемые у больного и ничуть не приближающие к пониманию сущности психического механизма болезни. Метафизические построения анатомов при всем их остроумии не могут заменить реальной действительности механизмов, наблюдаемых в психике больного.

Но, может быть, еще более пагубно действует недостаточно внимательное и, я бы сказал даже, широко практикуемое помещение всех так называемых «неврастеников» в санатории, в дома отдыха и т. п. При поверхностном, зачастую, отношении и непонимании сущности того, что представляет собою психика больного, нередко замечается, что после такого «отдыха» больной и без того замкнутый в себе, прислушивающийся к своим настроениям и переживаниям, если и делается на короткое время способным кое-как вести свою работу, то очень скоро вновь впадает в прежнее состояние, и работа делается ему снова не под силу.



Я говорю, понятно, о таких случаях, где не требуется никаких санаторий, никаких путешествий на воды, на курорты, где такой совет подается врачом, изверившимся в лечении и старающимся избавиться от своего больного, которого он не понимает.

Психоанализ должен значительно сузить круг людей, которым нужен такой санаторный отдых. Что касается многих невротиков, то им прежде всего нужен не отдых, а лечение, а пока что у нас еще нет таких санаторий, которые, пользуясь новыми методами лечения, могли бы прийти на помощь больным. За время моей более 20-летней врачебной работы в клиниках, институтах и госпиталях я мог убедиться в том, что невротик больше всего, если, конечно, он не истощен и у него нет какой либо органической или истощающей его болезни, нуждается в работе, в возможности систематически работать—и потому задача врача при лечении как можно больше настаивать на продолжении службы, занятий, работы. Тогда обнаруживается причина болезни в обычных условиях, при которых он заболел. Через работу, через деятельность, при правильном лечении невротик скорее приходит к возможному для него хорошему состоянию, чем при хотя бы и многомесячном томлении в санатории. Вот почему при отборе в санаторию таких лиц, которым хотелось бы принести больше всего пользы и у которых нет достаточно показаний со стороны соматической или органической, необходимо было бы считаться с психоанализом и не рассчитывать, что один только режим и отдых могут восстановить то, что нарушено в силу совершенно иных, не связанных с ними психических механизмов.

Вопрос о лечении психоневротиков—вопрос их социальной реабилитации и так как излечимыми психоневрозами в громадном большинстве случаев заболевают наиболее ценные в общественном смысле элементы, то лечение их не только вопрос медицинской санитарии, но и общественной важности.

Древний персидский врач Дарий Артабан говорил, что задача врача не столько лечить, сколько предупреждать болезни; но, кажется, ни в какой другой области не сделано в этом направлении так мало (особенно по сравнению с соответствующими достижениями бактериологии), как в области профилактики заболевания неврозами.

Психоанализ и тут мог бы сказать свое веское, почерпнутое из опыта, слово и побудить к дальнейшему исследованию вопросов о происхождении неврозов и о том, каким образом следовало бы



реформировать воспитание, с целью создания условий для развития свободной от невроза, ценной в социальном смысле личности.

Психоанализу, который из всех психологических направлений ближе всего стоит к биологии, есть что сказать и есть на что указать в области психической социальной гигиены, в области борьбы с предрассудками, суевериями у врачей и с теми невротическими явлениями, значение которых до сих пор недостаточно оценивалось и не принималось во внимание ни врачом, ни педагогом.

*Проф. Ив. Ермаков.*



## ОГЛАВЛЕНИЕ.

|                                                                     | Стр. |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| Предисловие . . . . .                                               | III  |
| Глава первая. О значении неврозов вообще. . . . .                   | 1    |
| 1. Неврозы . . . . .                                                | —    |
| 2. Распространение неврозов . . . . .                               | 4    |
| 3. Понижение социальной продуктивности благодаря неврозам . . . . . | 6    |
| 4. Связь неврозов с психозами . . . . .                             | 7    |
| 5. Угрожающий рост шарлатанства . . . . .                           | 8    |
| 6. Изучение неврозов и общая медицина . . . . .                     | —    |
| 7. Борьба взглядов и течений . . . . .                              | 10   |
| 8. Классификация . . . . .                                          | 13   |
| Классификация по патогенезу . . . . .                               | 15   |
| 9. Распределение содержания . . . . .                               | 16   |
| Глава вторая. Истерия. . . . .                                      | 18   |
| А. Физиологические методы . . . . .                                 | —    |
| В. О лечении истерии . . . . .                                      | 25   |
| 1. Несоответственные эмоциональные реакции . . . . .                | 26   |
| Практические выводы . . . . .                                       | 30   |
| 2. Сопротивление . . . . .                                          | 33   |
| Резюме . . . . .                                                    | 40   |
| С. Психологические методы . . . . .                                 | 42   |
| 1. Введение . . . . .                                               | —    |
| 2. Внушение . . . . .                                               | 46   |
| Гипноз . . . . .                                                    | —    |
| Метод . . . . .                                                     | 48   |
| Терапевтические успехи . . . . .                                    | 50   |
| Внушение на яву . . . . .                                           | 53   |
| Внушение в состоянии сна . . . . .                                  | 55   |
| Убеждение . . . . .                                                 | 56   |
| Воспитание воли . . . . .                                           | 59   |
| Отвлечение . . . . .                                                | 60   |
| 3. Общая критика метода внушения . . . . .                          | 61   |
| Заключительные выводы . . . . .                                     | 68   |
| 4. Перевоспитание . . . . .                                         | 71   |
| Методы перевоспитания . . . . .                                     | 73   |



|                                                       | Стр. |
|-------------------------------------------------------|------|
| Причинный анализ . . . . .                            | 75   |
| Гипноидизация . . . . .                               | 76   |
| Психо-синтез . . . . .                                | —    |
| Autognosis . . . . .                                  | —    |
| Анагогическая психотерапия . . . . .                  | —    |
| 5. Общая критика методов перевоспитания . . . . .     | 77   |
| Заключительные выводы . . . . .                       | 82   |
| 6. Психоанализ : . . . . .                            | 84   |
| Терапевтическое применение . . . . .                  | 104  |
| Анагогический анализ . . . . .                        | 114  |
| 7. Общая критика психоаналитического метода . . . . . | 116  |
| 8. Заключительные замечания о психотерапии . . . . .  | 123  |
| Библиография . . . . .                                | 129  |
| Глава третья. Невроз страха . . . . .                 | 131  |
| А. Симптомы . . . . .                                 | —    |
| В. Диагноз . . . . .                                  | 134  |
| С. Патогенез . . . . .                                | 135  |
| Д. Лечение . . . . .                                  | 138  |
| Специфический момент . . . . .                        | —    |
| Конституциональный момент . . . . .                   | 139  |
| Добавочные причины . . . . .                          | 141  |
| Симптоматическое лечение . . . . .                    | —    |
| Библиография . . . . .                                | 142  |
| Глава четвертая. Истерия страха . . . . .             | 143  |
| А. Отношение к другим неврозам . . . . .              | —    |
| Отношение к неврозу страха . . . . .                  | —    |
| Истерия страха и конверсионная истерия . . . . .      | 145  |
| В. Патогенез . . . . .                                | 146  |
| С. Лечение . . . . .                                  | 148  |
| Библиография . . . . .                                | —    |
| Глава пятая. Неврастения . . . . .                    | 149  |
| А. Нозология . . . . .                                | —    |
| В. Патогенез . . . . .                                | 151  |
| Наследственность . . . . .                            | —    |
| Токсическое происхождение . . . . .                   | —    |
| Умственное перенапряжение и переутомление . . . . .   | 152  |
| Опанизм . . . . .                                     | —    |
| С. Лечение . . . . .                                  | 155  |
| Библиография . . . . .                                | 156  |
| Глава шестая. Невроз навязчивых состояний . . . . .   | 157  |
| А. Симптомы . . . . .                                 | —    |
| В. Патогенез . . . . .                                | 159  |
| С. Лечение . . . . .                                  | 161  |
| Библиография . . . . .                                | 162  |



|                                                                                         | Стр. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Глава седьмая. Ипохондрия и фиксационная истерия . . . . .                              | 163  |
| А. Нозологические отношения . . . . .                                                   | —    |
| В. Патогенез . . . . .                                                                  | 164  |
| С. Лечение . . . . .                                                                    | 165  |
| Библиография . . . . .                                                                  | —    |
| Глава восьмая. Травматические неврозы со включением неврозов военного времени . . . . . | 166  |
| А. Нозология . . . . .                                                                  | —    |
| В. Патогенез . . . . .                                                                  | 167  |
| С. Лечение . . . . .                                                                    | 171  |
| Библиография . . . . .                                                                  | 172  |
| Глава девятая. Профилактика неврозов . . . . .                                          | 173  |
| Библиография . . . . .                                                                  | 177  |
| Глава десятая. Психическое лечение других состояний, родственных неврозам . . . . .     | 178  |
| А. Психозы . . . . .                                                                    | —    |
| Парафрения . . . . .                                                                    | —    |
| Маниакально-депрессивный психоз . . . . .                                               | 179  |
| Эпилепсия . . . . .                                                                     | 180  |
| В. Различные патологические наклонности и аномалии . . . . .                            | —    |
| Алкоголизм . . . . .                                                                    | —    |
| Наркомания . . . . .                                                                    | 182  |
| Гомосексуальность . . . . .                                                             | —    |
| Половые извращения . . . . .                                                            | 183  |
| Преступность . . . . .                                                                  | 184  |
| Различные психические аномалии . . . . .                                                | 185  |
| Библиография . . . . .                                                                  | 186  |



## ГЛАВА ПЕРВАЯ.

### О ЗНАЧЕНИИ НЕВРОЗОВ ВООБЩЕ.

Научное изучение неврозов и их лечение одна из самых ответственных задач всей медицины; что это так, явствует из целого ряда соображений, которые мы подвергнем подробному рассмотрению в нашем последующем изложении.

#### 1. НЕВРОЗЫ.

Невроз может стать причиной тяжких бедствий для человека, который им страдает. И надо сказать, что есть некоторые особые черты, характерные для неврозов, которые посторонний наблюдатель весьма редко умеет оценить в их полном значении. Невроз сказывается по преимуществу чисто психическими симптомами и в силу этого поражает то, что является самым существенным: самое ядро личности. Как ни тяжелы некоторые соматические заболевания—вспомним мучения, испытываемые больными при явлениях рака или одышки и стеснение в груди при заболеваниях органов грудной полости—но при них по крайней мере душевная жизнь больного остается сравнительно незатронутой. И в самые тяжелые часы такой больной может найти защитное средство в мыслях утешительного состояния, в воспоминаниях и разного рода размышлениях: он в состоянии нести свой крест, опираясь на философское или религиозное мировоззрение, выработанное им в течение жизни. Но и этот последний источник помощи отнят у неврастеника. Ведь у него расстройству подвергается как раз его душевная жизнь, и орган, который мог бы продуцировать построения утешительного и философского характера, орган этот заторможен в своих функциях. Больной чувствует, что он поражен в своей интимнейшей сущности: конфликты, взрывающие его личность, заставляют его метаться из стороны в сторону. Больные этого типа, особенно же лица, страдающие неврозом навязчивых состояний и неврозом страха, испы-



тывают постоянное желание забыться, отойти от самих себя с тем, чтобы хоть на короткое мгновение испытать внутреннее успокоение. А если к тому же, как это очень часто бывает, присоединяется и бессонница, то больной лишается даже той единственной передышки, которую ему дает сон; или же сон больного делается чрезвычайно мучителен для него вследствие кошмарных сновидений, так что он начинает бояться сна больше всего прочего. Душевные муки больного становятся нередко до такой степени невыносимыми, а внутренняя способность сопротивляться им настолько понижается, что он начинает думать, что вот вот наступит самое ужасное, его постигнет помешательство, и беспомощный страх перед этим концом всецело поглощает его.

К этому присоединяется и то обстоятельство, что нет болезней, которые встречали бы так мало понимания или даже сочувствия, как неврозы, а между тем они как раз более всех остальных болезней нуждаются в этом. Непонимание это проявляют не одни родственники или друзья больных, но очень часто и врачи, пользующие подобными пациентами. Одна из причин такого положения заключается, вероятно, в том, что нашим больным крайне трудно сообщить хотя бы приблизительно верное понятие о своем душевном состоянии лицам их окружающим; трудность эта однако лишь отчасти может быть объяснена отличием душевного состояния наших больных от состояний, хорошо знакомых нормальным людям. Невротическое заболевание всегда имеет какой то оттенок неправдоподобности, в нем есть нечто от позы — в роде, напр., стремления вызывать к себе сочувствие; всегда существует такое впечатление, будто сила воли больного в гораздо большей степени могла бы подчинить себе его болезнь, чем он это сам допускает. Прежнее теологическое воззрение на болезни, как на проявления греховности или испытания, посланных в наказание за грехи, во всяком случае как за нечто такое, за что сам больной в конечном итоге ответственен, — оказалось более упорным и устойчивым в главе о неврозах, чем в остальной медицине.

В популярном взгляде всегда проскальзывает, что больной мог бы чувствовать себя гораздо лучше, если бы «он только хотел этого», что он только потому терпит фиаско (как M-rs Домби у Диккенса), что не «берет себя в руки», что он только из упрямства не прекращает интересоваться самим собой и своими симптомами и что болезнь его в сущности имеет свои корни исключительно в испорченности или настойчиво подчеркиваемой неспособности использо-



вать находящиеся в его распоряжении силу воли и самообладание.

Этот же взгляд, хоть и в замаскированном виде, мы встречаем в очень многих медицинских сочинениях на эту тему<sup>1)</sup>, и даже в терминологии подчас отражается все тот же взгляд; так, напр., некоторые авторы, трактуя о какомнибудь случае истерий, нередко говорят не о «распознавании», а о «разоблачении» истерии в этом случае, или же выражаются, напр., так, что по различным указаниям надо сделать заключение об «истерии или симуляции», при чем читателю предоставляется самому решать вопрос, как надо понимать оба эти обозначения: как равнозначные или же дополняющие друг друга. Когда же вслед за морализирующей проповедью на тему о пороке симуляции подобный автор, для успокоения своей врачебной совести, вставляет условный оборот о том, что «все таки не следует забывать, что истерия представляет собой болезнь», то на нас эти слова производят впечатление чего то такого, что пришло автору в голову лишь после того, как он уже изложил свое настоящее мнение.

Мы не собираемся утверждать, что этот взгляд профанов совершенно несправедлив или необоснован—в дальнейшем мы поймем, что в нем содержится зерно некоей сокровенной истины—но не может быть никаких сомнений, что в очень многих случаях этот взгляд только ухудшает положение больного. Симптомы его сами по себе часто настолько странны, что способны скорее (как, напр., при фобии, имеющей своим предметом какойнибудь повседневный объект или явление) вызывать насмешки, чем сострадание, вследствие чего больной и старается скрывать их от окружающих его людей. Сам он неспособен уяснить себе бессознательный смысл или какое либо логическое значение своих симптомов, а его друзья

---

<sup>1)</sup> Так, напр., Ф. Т. Робертс (F. T. Roberts) в своей обширной «Theorie und Praxis der Medizin» приводит длинный ряд причин, вызывающих истерию, начиная от «вечерних развлечений, укорачивающих продолжительность ночного отдыха», и кончая «старческой дегенерацией», и как бы сознавая всю недостаточность своего описания в отчаянии добавляет, что «в некоторых случаях состояние, называемое истерическим, можно отнести только за счет своеволия и дурных свойств пациента». Его попытки дать психологическое описание болезни ограничиваются замечаниями о том, что «подобные больные говорят много вздора, проявляют преувеличенное чувство о важности их собственной персоны, стремятся привлечь к себе интерес других людей и вообще ничего так не любят, как вызывать сочувствие и внимание к своей особе или же производить впечатление и бросаться в глаза».



видят в них, самое большее, стремление причинять им мучения, что в свою очередь также увеличивает страдания самого больного. Первое заболевание именно тем и отличается от большинства соматических болезней, что носит в себе оттенок чего то непонятно: какое нибудь абсурдное представление навязчиво преследует больного, его охватывают внезапные страхи или дурное настроение, охватывают с непреодолимой силой, но повидимому без всяких причин, и чувство какой то неизвестной, но постоянно угрожающей ему опасности (неуверенности и незнания, не появится ли внезапно какой нибудь из его симптомов, старый или новый, и не овладеет ли им целиком) тоже относится к числу его тревог, и при том играющих далеко не последнюю роль. Это чувство, чувство того, что приходится бродить наощупь в темноте, что нельзя ни понять угрожающей опасности, ни предупредить ее, мучает больного; при телесных же болезнях гораздо больше чувства уверенности, больной по крайней мере приблизительно знает, чего вообще ему приходится ожидать, он может положиться на то, что его болезнь может быть учтена до известной степени—и во всяком случае далеко не в такой же степени отдан во власть этого чувства неуверенности, столь характерного для неврозов.

В том, что мы успели сказать до сих пор, мы никоим образом не дали исчерпывающего описания особенностей невротического страдания, мы только указали на то, в каких отношениях оно представляется более тяжким, чем страдания, возникающие при большинстве телесных болезней; и во всяком случае сами больные, которым пришлось перенести и то и другое, уверяют, что телесные болезни даже в своих самых тяжелых формах, все таки нечто более легко переносимое, если сравнивать их с неврозом.

## 2. РАСПРОСТРАНЕНИЕ НЕВРОЗОВ.

Невроз это, пожалуй, самая распространенная из всех болезней, и разве лишь меньшинство населения вполне свободно от невроза. Количество случаев невроза обычно не дооценивается, так как не обращается должного внимания на целый ряд обстоятельств. Большинство случаев этого рода совершенно не попадает под наблюдение врачей; этого большинства врачи просто напросто вообще не видят. Очень много больных, страдающих навязчивыми состояниями, не видят в своем душевном состоянии чего либо патологического в настоящем смысле, а следовательно и не считают необходимым обращаться к помощи врача: свои симптомы они рассматривают, как некие индивидуаль-



ные особенности или странности, и стараются так или иначе, насколько это им удастся, справиться с ними самостоятельно. Другие стесняются, содержание их навязчивых представлений кажется им смешным или отталкивающим, так что они не решаются довериться врачу вследствие этой чрезмерной застенчивости. То же самое приходится сказать и о бесчисленном количестве случаев половых извращений и аномалий («Perversion» и «Inversion»), — инверсия встречается, как утверждают, у двух процентов всего населения, — об анестезиях, импотенции, преступности, возникающих на основе неврозов. Сюда же относится чудовищно большое число случаев влечения к наркотикам и к алкоголю: а в настоящее время мы уже знаем, что явления эти тоже невротического происхождения. Кроме того: огромное количество людей страдают от неспособности поставить себя в рамки социальных условий: неспособность эта проявляется в недостаточной приспособляемости, в непригодности, в заторможенности, в преувеличенном страхе смерти или разорения, в потере надежды вплоть до полного отчаяния и в целом ряде сходных явлений; в настоящее время мы знаем, что в этих случаях играют роль причины и моменты, очень похожие на те, что играют роль при образовании неврозов. Уже одно ужасное количество случаев самоубийства, происходящих ежегодно, — а самоубийство одно из самых редких последствий подобных состояний — должно бы предостерегать нас от недооценки этих форм невроза, имеющих социальное значение.

Но и из всех тех случаев, когда больные обращаются к врачебной помощи, очень большое число не распознается правильно; невроз просматривается, и ставится неверный диагноз органического заболевания, при чем ошибка эта происходит гораздо чаще, чем ошибка в противоположном направлении (хотя по господствующему взгляду это и считается неверным). Мы в дальнейшем еще вернемся к обсуждению некоторых состояний этого рода. В качестве примеров мы можем сослаться на различные сосудистые заболевания (отеки и т. д.), различные невралгии, псевдо-ангину и другие сердечные синдромы, бронхиальную астму, недержание мочи, ночные страхи, а также и на различные желудочные и кишечные явления. Можно пожалуй сказать, что в общем существует такая тенденция: неврозы с местными проявлениями принято относить на счет местных органических причинных моментов, так, напр., поллакиурия, семятечение и дизурия сводятся на расстройство в области почек, предстательной железы или мочеиспускательного канала, запоры на первичную



валость мускулатуры, желудочные симптомы на действие токсинов, расстройства зрения на аномалии рефракции и т. д.

Наконец, мы не должны забывать и того, в какой значительной степени невротические явления могут осложнять и отягощать явления характера органического. Когда врачу удастся распознать какое нибудь определенное органическое заболевание, то он склонен концентрировать на этой болезни все свое внимание и не замечает, к несомненному вреду для больного, того, что здесь может существовать кроме того и привходящий момент в виде невротического состояния. Но если оставить в стороне резко выраженные случаи неврозов, то надо сказать, что латентные, скрытые невротические тенденции представляют собою явление до такой степени частое, что во многих (вероятно, даже в большинстве) случаях болезней физическое страдание вероятно обуславливает то или иное невротическое проявление, за счет которого может быть поставлена в дальнейшем очень значительная часть фактических жалоб пациента. Итак, мы можем вполне определенно утверждать, что из числа тех болей и неприятных ощущений, которые мучают больных вообще, большая часть имеет происхождение нервное, связанное с неврозом, а не с какой либо другой органической формой болезни.

### 3. ПОНИЖЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ БЛАГОДАРЯ НЕВРОЗАМ.

Падение уровня социальной пригодности на почве невроза принимает такие большие размеры по следующим причинам. Только часть невротиков совершенно не способна к работе, большинство же заболевших—это люди, продолжающие свою жизненную работу, находящиеся на общественной службе, имеющие заработок, заводящие себе семью и т. д. А это значит, что во всех этих случаях производится гораздо менее ценная работа, чем та, которая могла бы производиться. Кроме того главный симптом неврозов, их собственная и настоящая сущность в каждом отдельном случае это как раз расстройство в сфере социальных связей личности. И при других заболеваниях невротика членов его семьи и других лиц, окружающих больного, смущает его неспособность к работе, трогает вид его страданий и пр., но при неврозе к этому присоединяется нечто совсем другое.

Мы увидим в дальнейшем, что одной из функций невроза, одним из элементов его скрытого смысла и значения, является бессознательная, но совершенно определенная тенденция мучить



самых близких людей; раскрытие этой тенденции и дает нам объяснение того враждебного отношения к неврозам, о котором мы уже говорили.

Мы должны отчетливо уяснить себе, что невроз не представляет собою болезни в строго медицинском смысле, а исключительно в смысле социальном. С медицинской точки зрения болезнь представляет собою конечный итог взаимодействий между единичным организмом и окружающей его внешней, вредной (не человеческой) средой, напр., какой либо физической травмой, внедрением микроорганизмов, каким либо фактором эндогенного или экзогенного происхождения; социальное же заболевание это продукт взаимоотношений индивидуума и окружающей его определенной человеческой среды. Или, выражаясь несколько свободнее, неврозы обуславливаются конфликтом между индивидуумом и обществом, а прочие болезни конфликтом между человеком и природой. Многие врачи, привыкшие смотреть на все болезни с одной точки зрения, не в состоянии проникнуться пониманием этого основного и принципиального различия; но именно в непонимании этого различия и надо видеть одну из главных причин того, что многие попытки научного изучения неврозов оказались столь безрезультатными.

#### 4. СВЯЗЬ НЕВРОЗОВ С ПСИХОЗАМИ.

За последние десять лет пришли к убеждению, что исследование неврозов представляет необходимую предварительную подготовку к изучению психозов. Что касается психозов, то здесь еще определеннее сказалась общая неспособность к различению между телесными и социальными болезнями; патологическая же анатомия, которой удалось с успехом свести целый ряд душевных заболеваний к их анатомическим основам, к сожалению, только еще более способствовала затемнению этого различия. А с другой стороны те данные, которые оказались добытыми при изучении неврозов, изумительно способствовали пролитию света на непонятные до сих пор запутанные картины душевных состояний при таких болезнях, как, например, раннее слабоумие или маниакальное депрессивное помешательство.

В настоящее время мы можем сказать, что без знания неврозов нет никакой возможности решить сложные проблемы, касающиеся душевных заболеваний. Подход к психозам со стороны неврологии и внутренней медицины должен необходимым образом идти путем изучения неврозов.



## 5. УГРОЖАЮЩИЙ РОСТ ШАРЛАТАНСТВА.

То пренебрежение, с каким врачи относятся к этой области медицины имело за последнее время серьезные последствия, которых не удалось преодолеть и до сих пор: я имею в виду рост шарлатанства, которое принимает все более и более опасные размеры. Не подлежит сомнению, что успехом своим, на котором и покоится его процветание, это шарлатанство обязано прежде всего самой природе неврозов. Развитие рекламного дела, облегчающее коновалам сбыт их лекарств широкой публике, пошло на пользу шарлатанству и помогло ему нанести удар врачебной терапии как раз в ее самое чувствительное и ранимое место.

В область медицины вторгаются и всякого рода движения, носящие религиозный характер или выдающие себя за религиозные (Эддизм, Довьензм, теософия, спиритизм, эммануэлизм и т. д.); мы еще поговорим о них в дальнейшем. Но по счастью в самое последнее время среди врачей постепенно начинает назревать понимание того, что причины всех этих явлений заключаются в принципиальном пренебрежении врачей психологическим фактором в лечебном деле, а не в том, что медицинская терапия якобы уже достигла в настоящее время предельных границ своего развития.

## 6. ИЗУЧЕНИЕ НЕВРОЗОВ И ОБЩАЯ МЕДИЦИНА.

В качестве последнего, однако, немаловажного пункта, мы должны указать на то, что изучение неврозов и их лечение открывает медицине такие перспективы, как ни одна другая из ее специальных дисциплин. Современный психопатолог должен усиленным образом заниматься социальными проблемами, должен иметь определенную позицию по отношению к общественным учреждениям, при чем все это требуется от него в такой степени, о которой и не помышляли прежние поколения врачей. Психопатолог в наше время уже не может сосредоточить все свое внимание исключительно на одной патологии, он находит новую область работы в пределах социологии, в каковую он в силах внести значительный вклад.

Психология масс и социология нуждаются в известной базе, а именно в детальных индивидуально-психологических познаниях: эти же последние знания клинический психолог приобретет легче, чем кто либо другой. Врач психолог судит о целом ряде проблем с новых точек зрения, и с его взглядами придется считаться и соответственным специалистам. Проблем таких много:



воспитание нормальных и ненормальных детей, организация брака (во взглядах на каковой повидимому предстоят в ближайшее время порядочные перемены), значение женского движения, соотношение между экономическим положением и половой жизнью, и т. д. В будущем будут придавать величайшее значение взглядам врача-психолога на ряд вопросов, будут очень считаться с его отношением к цивилизации и ее тенденциям, к культурным движениям и устремлениям. И его влияние не будет, как это было до сих пор, ограничиваться одной только сферой физического здоровья.

Целый ряд положений, добытых при изучении неврозов (как это показано в особенности Фрейдом и его школой), дает нам совершенно неожиданные указания, освещающие психологию нормальных и аномальных явлений. Появился целый ряд высоко интересных работ, посвященных двум возможным видам отклонения от среднего уровня: гениальности с одной стороны и преступности с другой, образованию характера у людей нормальных и эксцентрических, а также вопросу о значении искусства, религии и философии. Работы эти раскрыли поразительное сходство между фантазиями отдельной личности, проявляющимися, напр., в нормальных снах или в невротических симптомах, и фантазиями целых народов, сохранившимися в древнейших мифах, суеверных обычаях, в фольклоре, в сказаниях и легендах; в этих работах в истолковании явлений первого рода был найден ключ к более глубокому пониманию явлений второго рода. Однако, не одна мифология, но и другие науки, как, например, история, антропология и филология, а равно и все отделы психологии извлекли большую пользу из новой клинической психологии. Исследование неврозов, имевшее вначале чисто терапевтическое направление, всесторонне строит таким образом целую науку, которая переходит за пределы старой медицины и стремится завоевать себе выдающееся положение в ряду наиболее высоко ценимых гуманитарных и социальных дисциплин.

Мы показали в нашем предшествующем изложении, что, становясь на самые разнообразные точки зрения, надо сказать, что дело изучения неврозов гораздо важнее, чем это обычно думают представители врачебной науки. И действительно, нет другой специальной медицинской отрасли, работа которой несла бы с собой столько личной и общественной ответственности, нет области, которая открывала бы столь многообещающие возможности или была бы в той же мере способна к тому, чтобы содействовать поднятию научного престижа медицины.



## 7. БОРЬБА ВЗГЛЯДОВ И ТЕЧЕНИЙ.

Но, к сожалению, невозможно отрицать, что ни в какой области медицины взгляды исследователей не расходятся так сильно, как именно во всех отделах учения о неврозах; в вопросах этиологии, классификации, патологии, диагностики, прогностики, а следовательно, также и в вопросе о лечении. Такое положение вещей может вызвать в постороннем наблюдателе такое впечатление, будто в этой области еще очень мало положительного знания (может быть вследствие определенных трудностей самого предмета) и будто взгляды, предлагаемые теми или иными авторами, представляют собою не более, чем необоснованные или еще недоказанные спекуляции.

Необходимо однако резко подчеркнуть, что подобный вывод был бы в высшей степени неправилен. Мало того, что существует очень большое количество совершенно окончательных и хорошо обоснованных фактических истин, можно даже доказать, что различие взглядов только в минимальной своей части, да и то непрямым образом, обусловлено сложностью самого предмета. Оно происходит скорее оттого, что большинство теорий, даже и признаваемых авторитетами из других областей медицины, крайне поверхностно и основано на недоразумениях в понимании соответствующих проблем. На деле многие из этих теорий просто на просто повторяют неопределенные воззрения, существовавшие до появления новой клинической психологии: теории эти, поэтому, в наше время стоят не многим больше тех предположений о патогенезе отдельных заболеваний, которые были выставлены в прежние времена, в добактериологическую медицинскую эру. Это странное положение вещей происходит вследствие того, что дело в данном случае идет о таких (психических) процессах, к пониманию которых соответствующие авторы просто недостаточно подготовлены: они подходят к ним с чисто медицинской и физической стороны вместо того, чтобы стать на социальную и психологическую точку зрения; кроме того они даже и не делают правильного разграничения этих двух разных способов подхода и рассмотрения. Ни в какой другой области медицины немислимо, чтобы признанные авторитеты произносили суждения, которые были бы в такой степени несовместимы с наблюдаемыми явлениями. Число тех исследователей, глубина познаний и подготовка которых достаточны для того, чтобы они были способны добывать действительно ценные научные результаты,



к сожалению, чрезвычайно незначительно по сравнению с множеством авторов, занимающихся этой темой. И вот оказывается, что из огромной массы противоречащих друг другу воззрений многие, и пожалуй даже большинство, можно просто на просто исключить, как лишённые какой либо ценности.

Наглядный пример господствующей во взглядах разногласицы мы видим в суждениях о прогнозе и степени тяжести случаев невротических заболеваний. Построим следующий ряд (конечно, имея в виду и единичные исключения). Самый благоприятный прогноз истерическим симптомам ставят в общем представители отдельных специальных областей медицины. Так, напр., ларинголог «вылечивает» истерическую афонию с помощью фарадической кисточки так же быстро, как и офтальмолог, применяющий сходные удобные приемы по поводу истерического блефароспазма или амблиопии. Причина такого оптимистического прогноза совершенно ясна. При следующем припадке афонии больной обыкновенно по большей части обращается к другому ларингологу, который снова «вылечивает» его; эти специалисты не имеют, конечно, никакого понятия о том, какую бесконечно малую часть всей клинической картины представляет собой тот симптом, из за которого больной к ним обращался, или же с какой легкостью подобный симптом может замениться другим, лежащим на этот раз уже за пределами их компетенции.

Хирург уже более отчетливо видит упорство, характерное для этих заболеваний, так как он чаще имеет случай следить за возвратом некоторых симптомов в роде истерического заболевания тазобедренного сустава, псевдо-аппендицита, самоизувечений, кожной гангрены и т. п. Но, как и прочие специалисты, хирург также с готовностью возьмется за лечение подобного случая, не задаваясь однако мыслями о том, насколько сложна сущность действующих в подобном случае возбудителей болезни.

Невропатологам приходится видеть самые тяжелые случаи, и соответственно этому они обыкновенно считают положение вещей гораздо более серьезным; то же самое говорят и практические врачи, которым случается целыми годами вести борьбу с каким нибудь упорным случаем, продуцирующим в течение своего развития необычайно запутанную смену симптомов. Несмотря на это врач редко умеет отрешиться от господствующих предрассудков. Его вера в бессмысленность симптомов, в упорство, испорченность или даже притворство пациента ведет к тому, что его сочувствие и понима-



ние умолкают, и делает его до известной степени слепым по отношению к фактически причиняемым неврозом страданиям и вреду.

Психопатолог, обязанный детально изучить все проявления невротического расстройства в их прошлом и настоящем виде, обязанный проследить их и оценить по их значению и влиянию на жизнь больного, становится в соответствии с увеличением своего опыта все более и более сдержанным в смысле высказывания благоприятных предсказаний и все более строгим в тех требованиях, которые он предъявляет к настоящему лечебному методу. Некоторые исследователи считают, что истерия в такой же степени неизлечима, как и раковая опухоль, и ограничивают свое терапевтическое честолюбие попытками принести некоторое облегчение, которое даст больному хотя бы несколько более сносную жизнь; так, напр. Жане (Janet) чрезвычайно пессимистичен в своих прогнозах, а его опыт и специальные терапевтические познания огромны. Та легкость, с которою применяется по отношению к неврозам термин «излечение», должна приводить психопатолога в изумление: ему достаточно при этом вспомнить о многочисленных виденных им случаях, которые казались по началу легкими и считались излеченными, после же рецидивировали самым тяжелым образом. Повторное «излечение» одного и того же пациента, конечно, не редкость. Поэтому, в общем самое верное не ставить ни в одном случае невроза слишком оптимистического прогноза, за исключением тех случаев, когда есть возможность подвергнуть его более радикальной терапии, чем общепринято.

Противоречия, возникающие здесь перед нами, очень легко разрешимы. Если сама оценка фактов меняется в зависимости от взгляда наблюдателя, то неудивительно, что их интерпретация, представляющаяся гораздо более трудной, колеблется в еще большей степени, в зависимости от глубины понимания производящего эту интерпретацию исследователя. А кроме того мнение врача о подходящем для данного случая способе лечения, о длительности его и основательности будет зависеть от того предварительного суждения, которое он составит себе о степени тяжести заболевания в этом случае.

Кто смотрит на данный случай как на легкий, тот может избрать какойнибудь простой способ лечения; кто знает возможности развития, свойственные болезни, тот и лечить будет основательнее. Количество усилий и времени, которое кажется одному врачу чрезмерно преувеличенным, другой сочтет, быть может,



за совершенно недостаточное. Разные терапевты берутся за разные задачи; в то время как один из них довольствуется исключительно тем, что стремится временно устранить какое либо определенное внешнее проявление болезни, другой в то же время задается не меньшей задачей, как полное пересоздание личности. Он старается устранить задержки, разрешить внутренние конфликты, сгладить мучительные впечатления, освободить больного от тяжелого бремени накопившейся тяжести и сделать его таким образом способным спокойно смотреть на будущее и всегда быть в состоянии взяться снова за борьбу с жизнью.

Таким образом, становится понятным, почему те лечебные методы, которые нами будут описаны в дальнейшем, должны, в зависимости от цели, которую они себе ставят, отличаться друг от друга прежде всего по степени своей усложненности. Можно с полным правом сказать: чем проще метод лечения, тем ниже поставлена терапевтическая задача: чем сложнее метод, тем выше и цель. Конечно, было бы весьма желательно изобрести такой простой метод, помощью которого можно было бы добиваться всех тех достижений, которые удаются с помощью всех сложных методов. Но так как это, повидимому, невозможно, то нам остается принимать вещи таковыми, каковы они есть.

Кропотливые методы возникли не из извращенной склонности к усложнению явлений, но вследствие неудовлетворенности недостаточными результатами, получающимися от применения простых методов.

В последующих отделах при сопоставлении отдельных методов мы будем особенно обращать внимание на то, что в них общего, а не различного; мы будем стараться показать, что различия между ними основываются главным образом на различии в установке цели и не являются различиями принципиального значения.

## 8. К Л А С С И Ф И К А Ц И Я .

Чтобы избежать недоразумений, необходимо условиться о способе классификации. Если, напр., какойнибудь автор описывает определенный способ лечения неврастении, то мы должны знать, что он понимает под этим термином, прежде чем мы можем судить о ценности предлагаемого им метода. Его способ лечения может превосходным образом помогать при том состоянии, которое он имеет в виду, а для тех состояний, которые этим же именем называют другие авторы, способ может оказаться абсолютно непригодным.



Подробное рассмотрение принципов подразделения было бы здесь неуместно; мы хотим попытаться достичь нашей цели путем возможно более краткого изложения, цель же наша сводится к установлению основы для понимания различных терапевтических методов. Комментарий к тому делению, которое мы примем, даст читателю возможность легко найти всякий синдром, если даже он и привык находить его в какой либо иной связи или на другом месте.

В старой школе неврозы подразделяли, конечно, чисто клинически на основе наблюдения за течением болезни и группировкой симптомов. В течение более, чем полустолетия принято было отличать друг от друга истерию, неврастению, ипохондрию и невроз навязчивых состояний; и мы собираемся поступать таким же образом. Но приблизительно около 30 лет тому назад наши нозологические понятия поколебались: произошло это во Франции, и случилось это потому, что Морель (Morel) и другие авторы слишком резко подчеркнули этиологическое значение момента психической дегенерации. Основываясь на нетвердой базе этой гипотезы, Шарко (Charcot) создал свой термин «конституциональной неврастении», а Жане выработал родственное понятие «психастении», каковые понятия были вследствие авторитета авторов повсюду приняты. По Жане психастения представляет собой какое то единство, как, напр., *Dementia praecox* Крепелина,—это значит, что общие признаки синдромов, объединенных под этим названием, более отчетливо выделяются, чем существующие между ними отличия и что каждый такой синдром в отдельности более похож на все прочие синдромы той же группы, чем на принадлежащие к какой либо другой группе (не психастенической). Но согласно той точке зрения, на которой стоим мы, эта группировка покоится на ложных предположениях; отдельные черты клинических картин слишком уже подчеркиваются, другие же наоборот остаются в тени, единство синдромов слишком преувеличивается, различия же их друг от друга недостаточно оцениваются. С нашей точки зрения мы должны считать гетерогенными случаи, отнесенные к этой группе; это по большей части легкие случаи *dementiae praecox* (нозологической единицы, еще неизвестной в то время, когда было сформулировано понятие психастении), невроза навязчивых состояний, истерии страха и маниакально-депрессивного помешательства (каковые единицы и по сие время далеко не всеми признаны во Франции).



КЛАССИФИКАЦИЯ ПО ПАТОГЕНЕЗУ.

Мы должны разделить неврозы в первую очередь на две группы: в первой из них главная этиологическая роль принадлежит факторам физическим, во второй, наоборот, моментам психическим; неврозы этой последней группы удобно для отличия от первых обозначить термином «психоневрозы». Мы вовсе не хотим утверждать, что между этими двумя группами существует столь большое принципиальное различие, как это полагают некоторые авторы, но все же различие это настолько значительно, что это подразделение представляется практически очень ценным, а кроме того у него имеется и еще одно достоинство: оно почти общепризнано. Существует три простых или «актуальных» невроза, а именно: неврастения, невроз страха и инохондрия, и четыре психоневроза: конверсионная истерия, истерия страха, фиксационная истерия и невроз навязчивых состояний.

Но помимо этой этиологической разницы есть еще два различия между этими группами, ясно выступающие на первый план. 1) При неврозах в собственном смысле слова патогенные моменты оказывают свое воздействие как раз во время образования самих симптомов (моменты эти актуальны, этим объясняется и самый термин «актуальные неврозы»); что же касается психоневрозов, то этиологически важнейшие влияния относятся обычно к весьма давней поре, отделенной от настоящего промежутком во много лет; конечная причина актуальных неврозов относится к возмущалому периоду, при психоневрозах эту причину приходится искать в детстве. 2) Отдельные симптомы психоневрозов можно при исследовании случаев свести к некоторому определенному смыслу, который можно выразить исключительно с помощью психических средств; в единичных же симптомах актуальных неврозов ни одна из форм психологического анализа не в состоянии открыть какого либо психического значения.

Как уже сказано выше, нельзя провести абсолютно строгого отделения этих обоих видов неврозов друг от друга, особенно если иметь в виду клиническую точку зрения; и чем более растут наши знания о неврозах, тем это становится для нас яснее. Выяснилось, что на психическую вредность той же интенсивности разные люди реагируют не с одинаковой силой. Эти индивидуальные различия можно свести к психогенным влияниям в прошлом совершенно такого же характера, как и влияния, играющие роль при психоневрозах. Но это определенно стирает различие между обеими груп-



нами, сводит ее почти исключительно на различие в степени. В некоторых случаях психогенные влияния, относящиеся к давнему прошлому, играют столь большую роль, что актуальный невроз разыгрывается уже при таких психических вредностях, которые при нормальных условиях могли бы быть перенесены без всякого ущерба. Наоборот, в других случаях эти прежние влияния не играют какой-нибудь иной роли, чем у людей нормальных, и взятые сами по себе не получили бы патогенного значения, если бы не физические вредности, достигшие (по своей интенсивности или продолжительности) таких размеров, которые ведут к развитию невроза. В дальнейшей группе случаев деятельность этих двух родов патогенных моментов сочетается и комбинируется, так что может встретиться затруднение при попытке определить степень участия тех или иных из них.

Это взаимодействие патогенных факторов практически чрезвычайно важно и вот по каким причинам. Физические вредные моменты, прежде всего имеющие в этих случаях значение, таковы, что или являются легко устранимыми (с помощью нескольких слов или разумного совета) или же, как в других случаях, вовсе не поддаются устранению. Эта их своеобразная особенность станет нам более ясной и понятной в дальнейшем, когда у нас будут под руками отдельные примеры в соответствующих главах. Но в этих последних случаях можно разрешить терапевтическую задачу и с другой стороны. Можно обезвредить психогенные влияния с помощью методов, которые мы опишем в дальнейшем, и этим способом можно облегчить состояние чрезвычайно большому числу больных; неизбежные же физические вредности—если они не осложнены психическими—больные часто могут переносить без каких-нибудь особо тяжких последствий.

## 9. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ.

Если даже обе вышеописанные главные группы связаны взаимно переходами между собою, то мы не станем удивляться, встретив то же самое, и при том в гораздо большей степени, и в подгруппах. Поэтому, многое, что верно относительно одного какого-либо из неврозов, можно утверждать и о всех остальных, оно может быть обобщено и распространено и на все остальные их виды. Это до известной степени верно и по отношению к терапевтическим мероприятиям, так что было бы непрактично, если бы стали обсуждать по поводу каждого отдельного нев-



роза все терапевтические методы; да кроме того нам пришлось бы слишком часто повторяться. Поэтому мы ограничимся следующим: при каждом отдельном неврозе мы будем указывать на подходящий для него способ лечения и ссылаться затем на тот отдел, в котором будут указаны более детальные сведения об этом методе. Общие же сведения о психическом лечении (о психотерапии) мы поместим в главе об истерии.

Само собою разумеется, что в такой работе, как предлагаемая нами читателю, мы можем только отчасти касаться вопросов патологии и диагностики; обсуждение этих вопросов должно везде отступать на задний план по сравнению с нашей главной темой. Но с другой стороны, нельзя совсем обойтись и без ссылок на эти проблемы, так как без изложения различных теорий, хотя бы и лишь частичного, все наши положения в тех или иных отдельных терапевтических приемах остались бы в большинстве случаев совершенно непонятными. Я надеюсь с помощью этого способа избежать и еще одной ошибки, в которую нередко впадают в работах по психотерапии, особенно же в работах о внушении; ошибка эта состоит в том, что методы лечения описываются чисто эмпирически, а не в связи с патологией, в которой они черпают свои основания. И, конечно, мы будем обращать главное внимание на терапевтические основные принципы, а не на детали их применения, так как некоторые методы, в роде гидротерапии, электротерапии и т. п. применяются не только при лечении неврозов; другие же, в свою очередь, и в особенности некоторые из психологических методов, требуют гораздо более подробного изложения, чем то, которое я могу предложить, имея в виду размеры этой книги. Но я во всяком случае надеюсь, что мне удастся дать целый ряд практических указаний даже о том, как пользоваться самыми кропотливыми из этих лечебных методов.



## ГЛАВА ВТОРАЯ.

# ИСТЕРИЯ.

Термином истерия мы пользуемся в настоящем случае в употребительном его значении, так что не представляется никакой необходимости в специальном обсуждении симптоматиологии истерии или же самого научного понятия об этой болезни. При этом мы, однако, оставляем в стороне точку зрения Бабинского (Babinski) о необходимости противопоставлять обыкновенной истерии ряд различных вазомоторных и некоторых других симптомокомплексов. Теории о патологии и терапии истерии очень легко разбить на две большие группы, смотря по тому, какой фактор более подчеркивается: соматический или психический.

### А. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

В середине прошлого столетия и во второй его половине, в те времена, когда решения всех медицинских проблем принято было всюду и везде ожидать от патологической анатомии, существовало обыкновение прежде всего обращать внимание на физические проявления истерии; существовала надежда, что исходя из этих физических проявлений, скорее, чем как либо иначе, удастся найти локализацию тех болезненных изменений, о существовании которых строились те или иные гипотезы. Так, например, паралич или тремор верхней конечности считали возможным объяснять, как следствие понижения или, наоборот, повышения деятельности кортикального центра для движений руки, несмотря на то, что при наличии этих фактических симптомов можно было с той же легкостью предположить, что существует поражение плечевого сплетения. То обстоятельство, что несмотря на все усилия не удалось открыть каких либо микроскопических изменений в этих центрах, предпочли объяснить несовершенствами микроскопического метода (а не недоста-



точной доказанностью самого предположения о существовании подобных изменений) и перейти к дальнейшему предположению, что изменения эти слишком незначительны, чтобы дать какие либо проявления, кроме чисто функциональных. Памятником этой фикции является выражение «функциональное нервное расстройство»; выражение это представляется устаревшим для нашего времени, но все же продолжает употребляться во многих медицинских учебниках и даже в некоторых специальных руководствах по неврологии.

Новые данные, полученные нами за последние тридцать лет в связи с исследованиями об истерии, само собой разумеется, повели к тому, что теория эта, отличающаяся такой простотой, оказалась оставленной; что же касается лечебного метода, связанного с этой теорией, то мы займемся его рассмотрением исключительно по той причине, что метод этот в настоящее время является все еще и официально признанным и чаще всего рекомендуемым; надо сказать, что иногда и действительно с его помощью удается добиться хороших результатов, только успехи эти создаются совсем не таким образом, как это думали вначале.

Классический пример образца физиологической терапии—известный способ лечения по Вейр-Митчеллю (Weir-Mitchell); способ этот проделал довольно любопытную эволюцию. Из четырех элементов, из которых складывается это лечение,—а именно: усиленного питания, массажа (с применением или без применения электрического тока), изоляции и постельного режима—только два последние более всего известны в настоящее время, сам же Митчелль, как показывает уже заглавие его книги («Fat and Blood and How to Make them»), придавал главное значение фактору откармливания и считал другие моменты имеющими подчиненное значение. Исходным пунктом служили две предпосылки: первая, что истерическое заболевание зависит от неправильной и неравномерной функции некоторых мозговых клеток; вторая, что причину этой неправильности следует искать в недостаточном питании этих клеток. И вот, имея в виду оба эти предположения, и пытались устранить заболевание путем систематического поднятия питания больного. Митчелль сам считал, что постельный режим не имеет какого либо особого значения для этого лечения; но все таки он стал в конце концов назначать постельный режим, отчасти потому, что этот режим благоприятствовал откармливанию, частью же по чисто практическим соображениям, чтобы облегчить себе работу пользования очень большого числа больных, приезжавших к нему изда-



лека. Но он всегда смотрел на постельный режим, как на неизбежное зло, и настаивал на том, чтобы он длился не больше шести недель; почти иронически звучит то обстоятельство, что его метод лечения завоевал себе известность под названием «лечения покоем». Но и массаж и лечение электричеством также имели первоначально второстепенное значение, как вспомогательные средства при лечении откармливанием и покоем.

Но самым важным моментом всей этой терапии—если отвлечься от личности врача—оказалась, как выяснилось в дальнейшем, изоляция больного. Вполне очевидно, что действие этой меры чисто психическое; оно во многих случаях бывает очень благоприятным и обуславливается конечно временным исключением вызывающих или поддерживающих болезненное состояние неблагоприятных социальных моментов. В других же случаях, наоборот, изоляция больного имеет самые дурные последствия, какие только можно себе представить; так, напр., больной получает еще больше возможности заниматься бесполезным самонаблюдением и ипохондрическими мудрствованиями, а между тем его заставляют отказаться от деятельности среди людей и связанных с ней интересов, что отнимает у него последнюю возможность какого либо реального использования тех противоборствующих стремлений, которыми заполнен его внутренний мир.

Но еще более решающую роль играет в этом лечении личность врача и его психическое воздействие на пациента. В настоящее время мы знаем, что благоприятные результаты, которых удавалось достичь с помощью методов Вейр-Митчелля в некоторых случаях, надо отнести исключительно за счет фактора внушения, за счет влияния личности врача (это фактор, которым в дальнейшем мы будем еще подробно заниматься); понимание этого механизма объясняет нам, почему этот метод применялся столь разнообразным образом, смотря по тем людям, которые им пользовались. Сам Митчелль был человеком выдающимся, и нет ничего удивительного в том, что в известных случаях он имел успех и удачу, так что больные вылечивались. Но все таки действие этих терапевтических мероприятий оказалось очень изменчивым, к тому же очень часто лечение оказывалось безуспешным: в конце концов пришлось прийти к заключению, что здесь не может быть речи о методе в смысле тех надежд, которые возлагались вначале, что это вовсе не система чисто физиологических мероприятий, которые можно было бы точно учесть во всех особенностях их действия.



Вот какие три положения можно высказать с достаточной степенью определенности и уверенности о методе Вейр-Митчелля: 1) Каждая из рекомендованных им мер уже сама по себе, без связи с прочими, в особенности в комбинации с более радикальными способами лечения может иногда давать хорошие результаты. 2) Действие этого способа лечения на больных происходит главным образом чисто психическим путем и ничем не отличается от действия других методов лечения внушением. 3) Реакция пациента на отдельные этапы и моменты этого метода лечения—начиная от электрического тока и кончая личностью лечащего врача—всецело определяется индивидуальными психическими свойствами самого больного. Представим себе ясно, какое значение имеет наше последнее положение на примере лечения усиленным питанием большими количествами молока. Одни больные пьют молоко прямо с жадностью, другие же, наоборот, только преодолев совершенно определенное отвращение: их отношение к молоку очень различно и зависит от тех представлений, которые прочно связаны у них с представлением «молоко». У пациентов последней группы это представление очень тесно связано с некоторыми вытесненными мыслями, возбуждающими в больном известную несклонность или даже отвращение: и вот его реакция на это безобидное само по себе вещество определяется этими бессознательными ассоциациями и эмоциями. Подобное физическое отвращение—мне пришлось наблюдать это на целом ряде случаев—может совершенно исчезнуть, если соответственный анализ вскрыет эти соотношения и если пациент уяснит себе то, каким образом он относится не только к представлению «молоко», но и к тем находящимся в бессознательной сфере представлениям, которые связываются с этим представлением и затрагиваются в нем при виде молока. Этот пример наглядным образом доказывает нам, что механизм действия лечения по способу Вейр-Митчелля в каждом отдельном случае гораздо менее прозрачен, чем это можно было бы предположить при более поверхностном наблюдении, и что всякий прогноз о том, как пойдет лечение, совершенно невозможен без детального знания индивидуальности больного.

Если в какомнибудь определенном случае мы по тем или иным основаниям захотели бы привлечь к делу метод Вейр-Митчелля, то им, конечно, совершенно невозможно пользоваться просто и безотчетно, как каким-то механическим приемом, а это, к сожалению, встречается очень часто: этот метод в таком случае следует сочетать с каким



нибудь из методов душевного анализа, который дал бы врачу возможность точно следить за психическим воздействием каждого отдельного мероприятия и постоянно контролировать результаты. При таких условиях действительно каждое отдельное мероприятие может иметь в некоторых случаях значительный успех, хотя ни одно из них и не является абсолютно необходимым. Наоборот несоблюдение этого условия—как мне приходилось неоднократно наблюдать—легко ведет к неприятным последствиям для больного, напр., увеличивает возбужденное состояние, усиливает ипохондрические мысли, может вызвать даже тяжелую депрессию.

Поднятие питания и повышение веса тела больного обычно улучшает его самочувствие, вызывает чувство веры в себя, так что больной начинает производить впечатление человека, более приспособленного к борьбе с трудностями своего положения. В известных случаях, особенно у худощавых и раздражительных пациентов, лечение откармливанием, пожалуй, и не лишено оснований и может даже содействовать тому, чтобы у больного установилось более ровное и спокойное настроение. Применение же электрического тока, какой угодно силы, остается без всяких результатов, если не считать чисто психического воздействия, которого все таки гораздо лучше добиваться с помощью других способов. Гораздо полезнее массаж: он улучшает сон и благоприятно действует уже благодаря этому на общее питание, но кроме того он полезен в смысле возможности поднять кровообращение в конечностях при наличии расстройств вазомоторного характера.

Не так легко решить вопрос о тех условиях, когда к больному должна быть применена изоляция. Леви (Levy) и другие авторы вполне правильно протестовали против все еще практикующегося и до сих пор недостаточно индивидуализируемого применения этой меры; зато другие терапевтические системы, напр., метод Дежерина (Déjerine), определенно подчеркивают необходимость широкого применения этой меры и выдвигают ее на первый план. Несомненно существуют такие случаи, когда все усилия больного, направленные к тому, чтобы выздороветь, должны потерпеть полную неудачу благодаря домашней обстановке, и в подобных случаях, конечно, очень хорошо, если есть возможность, хотя бы на короткое время, удалить больного из этой обстановки. Но врач никоим образом не должен усматривать своей главной цели в том, чтобы, создавая более благоприятную обстановку, устранить все затруднения, стоящие на пути больного; напротив, он должен сделать его способным преодолеть их



или же, по крайней мере, спокойно переносить их, не испытывая при этом слишком уже ненормального количества страданий. Эту точку зрения необходимо не терять из виду, в особенности при всяком лечении на основе аналитических мероприятий. Актуальные трения и конфликты, возникающие в повседневной жизни больного, представляют в высокой степени ценный материал для врача; из этого материала врач может сделать очень ценные выводы; он может проверить на нем правильность своих предположений, при чем проверку можно произвести на этом материале с такой степенью точности и уверенности, которые совершенно недостижимы в условиях обстановки, созданной искусственно. Во всяком случае не может быть никаких сомнений в том, что изоляция больных принимается обыкновенно слишком легко и необдуманно. Правда, это очень удобный способ, но он по большей части ни к чему не ведет. Надо признать, что при изоляции больного часто можно констатировать некоторое временное улучшение; но если не было сделано попытки, каким либо другим способом внести перемену в его душевное состояние, то больной все таки по всей вероятности даст опять рецидив, как только он попадет опять в ту обстановку, которая была ему прежде не по силам. Таким образом, изоляция ведет исключительно к тому, что и у врача и у больного создаются надежды, вся обманчивость которых выясняется при первом же соприкосновении с реальностью. Каждому врачу следовало бы поставить себе за правило побуждать каждого больного тотчас же, как только началось лечение, приступать к какому нибудь подходящему для него занятию, к какой нибудь работе, к серьезному дилетантизму в какой нибудь области, изучению чего нибудь, воспитанию в себе интереса к чему нибудь и т. д.; а на изоляцию, если иногда она и необходима, все же следовало бы смотреть всегда, как на очень нежелательную помеху, нарушающую задуманный план лечения; подобно снотворным средствам при бессоннице, изоляция должна быть последним средством, за которое мы должны браться только в случаях крайней нужды.

Как это вытекает из всего сказанного нами, мы вправе смотреть на меры, входящие в состав лечения по способу Вейр-Митчелля, исключительно как на полезные вспомогательные и добавочные средства; и на весь этот метод мы не можем смотреть серьезно, как на попытку устранить болезнь, как таковую<sup>1)</sup>. Не-

<sup>1)</sup> Для господствующей в наше время неосведомленности в области медицинской психологии очень характерно, что многие профессора и по сие время



сомненно, что то же самое придется сказать и о всех остальных физиологических лечебных методах, которые, по большей части, правда, и не ставят себе другой цели, чем устранение симптомов. Истерическая задержка мочи может потребовать катетеризации, а бессонница—лечения холодной водой.

Встречаются случаи *Anorexiae nervosae*, представляющие серьезную опасность смерти от голода: в подобных случаях, конечно, невозможно отказаться от хотя бы временного применения искусственного кормления; но само собой разумеется, что это в такой же мере можно считать методом лечения истерии, как, напр., *conscientious objectors*<sup>1)</sup> от угрызений совести.

Запоры, понос, метеоризм и рвота нередко возникают в виде чисто истерических симптомов, и конечно, могут иногда временно устраняться с помощью обычных средств, предписываемых медициной в подобных случаях; то же самое надо сказать и о бесчисленных незначительных субъективных симптомах, в роде головных болей, невралгий, кашля, гетерофорий, полиурии и целой массы всевозможных других явлений. Надо отдавать себе обязательно ясный отчет в том, что применение во всех подобных случаях физических лечебных приемов (без которых подчас, к сожалению, невозможно обойтись) равносильно признанию в своем собственном бессилии, так как все эти симптомы в действительности можно удалить только одним путем; надо вскрыть их скрытый смысл и обратить на него серьезное внимание. Лечение истерических симптомов, и а fortiori самой истерии, физическими средствами можно уподобить лечению задержки мочи пункцией пузыря.

Эту аналогию можно даже развить: и в том и другом случае дело идет о временном облегчении, при чем само патологическое состояние несколько не изменяется от этого, и в обоих случаях необходимо спешить и не откладывая оказать помощь; но истерический симптом такого свойства, что врач вынужден спешить и сразу же хвататься за физические облегчающие средства, вместо

---

продолжают сообщать с кафедры своим слушателям, что лечение по способу Вейр-Митчелля представляет собою специфический метод лечения истерии — это значит плохо готовить своих слушателей к тем затруднениям, с которыми им придется бороться на практике.

<sup>1)</sup> Это название было дано в Англии тем лицам, которые отказывались нести военную службу, ссылаясь на то, что этого им не позволяет совесть. К ним плохо относились вначале, их держали некоторое время в тюрьмах и т. д., но в конце концов пришлось все таки считаться с их нежеланием.



того, чтобы обратиться к тем патогенным психическим моментам, которыми он обусловлен, такой симптом мог развиваться до угрожающих размеров исключительно вследствие небрежного и невнимательного лечения.

В данном контексте я хотел бы сделать еще одно очень важное замечание; я хотел бы отметить, что истерики необыкновенно часто и легко впадают в страсть к наркотикам, так что та похвальная сдержанность, с какой большинство врачей назначает снотворные, кокаин и в особенности морфий, совершенно правильна, когда приходится иметь дело с подобными пациентами.

Замечания, сделанные нами по поводу изоляции больных, вполне применимы, с соответственными незначительными изменениями, и по отношению к другим мерам: к перемене местожительства, перерывам в работе, путешествиям. Иногда, но не всегда, от этих мер наступает небольшое улучшение симптомов, однако, пациент не становится скольконибудь более способен с большей легкостью преодолеть те задачи, работа над которыми его сломала. Врач, который советует больному предпринять путешествие, тем самым признается, что он в данном случае не способен лечить больного и не хочет даже сделать какуюнибудь попытку в этом направлении; это врачебное *testimonium paupertatis* в любой другой медицинской специальности и было бы признано за таковое. В таких случаях невольно приходит в голову предположение (по крайней мере, о некоторых врачах), что подобный совет представляет собою исключительно выражение желания врача убрать прочь с глаз тех больных, вид которых слишком ясно говорит ему о его собственном бессилии.

Всевозможные виды так называемой рабочей терапии не приходится конечно подвергать целиком осуждению, хотя все таки и в данном случае важнейшие проблемы в лучшем случае лишь слегка затрогиваются при применении этих методов. Но все таки в них есть ценное зерно, о котором мы предпочитаем поговорить после в несколько ином контексте.

## В. О ЛЕЧЕНИИ ИСТЕРИИ.

Каждому врачу следует иметь в виду некоторые общеобязательные основные положения, независимо от того, какого рода лечение он признает подходящим для того или иного отдельного случая; мы рассмотрим эти положения, разделив наш обзор на два отдела.



## 1. НЕСООТВЕТСТВЕННЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ.

Поведение истеричных производит впечатление чего то очень неблагоприятного, но мы не должны забывать, что это поведение, да и весь их образ действий, все отношение к окружающему никогда не являются такими бессмысленными, как это можно было бы думать, если ограничиться одним поверхностным наблюдением; при подробном исследовании всегда выясняется полная обоснованность и понятность всех этих особенностей истеричных. Всякому известно, что эти больные реагируют особым, отличным от нормальных людей, образом иногда только в некоторых определенных ситуациях, а иногда в очень многих. Возьмем в качестве примера страх: можно встретить истеричного субъекта, который обнаруживает страх перед такими объектами, положениями и событиями, которые не вызывают никакой боязни у нормальных людей; а с другой стороны он не испытывает никакого страха перед такими вещами, бояться которых было бы весьма естественно и нормально, или же нам приходится изумляться тому, насколько у него понижена или, наоборот, чрезмерно повышена интенсивность эффекта страха в таких случаях, где нормальному человеку свойственно испытывать лишь умеренный страх.

Вот эти то особенности истеричного, пожалуй, более, чем что либо другое, виной тому, что ему приписывают, или, вернее говоря, делают даже упрек в отсутствии достаточного душевного равновесия и постоянства. Особенно же часто этот упрек в непостоянстве оказывается направленным на тех больных, которые ведут себя различным образом,—то так, то иначе—в одной и той же ситуации. Здоровый человек чувствует, что эти люди отличаются от нормы; он не может учесть, какова будет их реакция и не понимает этой реакции; он испытывает по отношению к ним то же непонимание—какое вызывается в нас и настоящими психически больными. Получается впечатление, что для истеричного все решительно имеет какое то другое значение, чем для нормального человека; чувствуется в нем некая «переоценка всех ценностей».

К числу заслуг современной клинической психологии относится установление ею того факта, что эта переоценка вещей, приводящая к несообразным эмоциональным реакциям, в сущности скорее кажущаяся, чем действительно существующая. Факт, устанавливаемый наблюдением, что какое нибудь обстоятельство действует на определенного пациента иначе, чем на нормального человека, совер-



шенно верен; но выводимое из этого наблюдения заключение, что реакция пациента является преувеличенной, неправильно. Как ни невероятно звучит наше утверждение, мы все же определенно говорим, что истеричный и с количественной и с качественной стороны реагирует совершенно так же, как и нормальный человек; его реакция только более сильно «гипердетерминирована», чем у нормального человека, и происходит это благодаря процессу, известному под названием «смещения» («Verschiebung»). Эти термины требуют объяснения, которое удобнее всего сделать на примере, взятом из обыденной жизни. Маленький ребенок, испытавший ощущение боли при посещении врача,—скажем для вскрытия нарыва—долго после этого будет бояться идти к другому врачу, даже если повод к новому посещению врача и гораздо более невинен. Аффект страха ребенок в данном случае «перемещает» с одного доктора на другого: он «идентифицирует» в своих представлениях всех врачей, как если бы все они были одним единственным лицом; неприятное переживание в прошлом влияет на его установку по отношению к этой созданной им самим собирательной личности, и вот по отношению ко второму врачу возникает такая установка, как если бы это был первый врач. Резкий аффект мешает ребенку найти эмоциональную разницу в своем отношении к тому и другому, несмотря на то, что рассудочно он вполне определенно в состоянии отличить их друг от друга; но в его сознании на первом плане прежде всего их общие признаки: то, что свойственно им обоим. И вот поведение нашего ребенка при встрече со вторым, незнакомым ему до сих пор врачом, неизбежно показалось бы для постороннего наблюдателя попросту выражением преувеличенной и бессмысленной трусости; но если это поведение будет поставлено нами в связь с имевшим ранее место переживанием, то оно сразу же станет для нас совершенно естественным и абсолютно понятным. Те же самые условия мы находим и у наших истеричных пациентов. Все реакции такого больного, называемые ненормальными и преувеличенными, обуславливаются исключительно тем, что соответственная ситуация тесно связывается в его представлениях с другой, в которой такое же поведение его было и вполне естественно и вполне объяснимо. Точнее говоря, он реагирует вовсе не на актуальную настоящую ситуацию, а на другую, относящуюся к прошлому, или же в лучшем случае на комбинацию той и другой. Сколь бы ненормальным не казалось нам это поведение по отношению к актуальному положению, оно становится вполне понятным и адекватным, как только мы начинаем обозре-



вать всю совокупность этих явлений и устанавливаем связь между его теперешней установкой и значительным переживанием в его прошедшем.

Как это видно по приведенному нами выше примеру, механизм смещения и влияние, оказываемое прежним переживанием на сходное с ним актуальное событие, суть процессы совершенно нормального порядка.

Важнейшие отличия между истеричными и нормальными людьми сводятся в данном отношении к следующему: 1) истеричные гораздо больше нормальных поддаются влиянию подобных воспоминаний и 2) необходимое дополнение к первому положению — у них гораздо менее ясно выступает ассоциативный характер сочетания между первичной и вторичной ситуацией. Первый из этих пунктов, как мы узнаем в дальнейшем, относится к самому ядру нашей теории истерических заболеваний. Пока мы ограничимся одним только предварительным замечанием, что истеричный в ненормальной степени подвержен влиянию своего прошлого и вообще по большей части живет в своем прошлом вместо настоящего; о причинах этой установки мы будем говорить в дальнейшем. В этих словах мы только по иному выражаем общеизвестный тезис о том, что истеричный неспособен к совершенному приспособлению к реальной жизни в ее данной в настоящее время форме.

Для объяснения второго пункта вернемся еще раз к нашему примеру, взятому нами из жизни нормального ребенка. Сходство между первичной и вторичной ситуацией, между первым и вторым визитом к врачу, в данном случае столь очевидно, что бросается нам сразу с полной несомненностью в глаза. Но в некоторых случаях страх ребенка может быть столь велик, что достаточно и гораздо менее резкого сходства, чтобы вызвать снова этот аффект; так, напр., ребенку достаточно увидеть постороннего человека, входящего в комнату в черном цилиндре или с черным ручным чемоданчиком, чтобы реакция наступила. Случись в данный момент посторонний наблюдатель, то ему, конечно, не удалось бы уловить ход мыслей ребенка, и он, еще скорее, чем в прежде приведенном примере, оказался бы склонен осудить нашего ребенка и счесть его поведение крайне неразумным. Для взрослого обыкновенного человека сходство между врачом и коммивояжером сравнительно очень незначительно: взрослому бросаются в глаза прежде всего различия между ними, гораздо более резкие, чем



общие черты у того и другого, в роде, напр., черного чемоданчика. Это общее для взрослого остается в тени, но для ребенка, который боится врачей, достаточно всякого, даже самого ничтожного сходства, чтобы пробудить в нем мысль о грозящей ему опасности. Я полагаю, что мы можем воздержаться от приведения дальнейших примеров из повседневной жизни, похожих на уже описанный: их можно привести сколько угодно, можно перечислить и реакции других аффектов, в роде любви, ненависти, гнева и проч. Суть дела при всех этих явлениях сводится к тому, что и у нормального человека происходит то же самое, если в нем возникает сильный аффект: этот аффект способствует нахождению сходства между тем представлением, которое этим аффектом сопровождается, и какими либо другими, заново всплывающими представлениями; наоборот, не замечаются различия между ними, даже если эти различия и очень велики; явление это совершенно закономерно и имеет огромное значение для психологии.

Так, напр., если женщина боится крушения поезда, то в каждом маленьком толчке, делаемом поездом, она уже будет усматривать опасность; купец, боящийся банкротства, будет впадать в панику при всяком незначительном падении курса; а солдат, опасющийся измены, будет подозревать шпиона во всяком новом человеке со скольконибудь своеобразным поведением. Сходство, существующее между соответственными представлениями, может совершенно ускользнуть от более спокойного и объективного наблюдателя; толчок поезда не вызывает в нем ни малейших мыслей о возможности крушения и вид человека, у которого фотографический аппарат в руках, никаким образом не связывается у него с представлением опасности, угрожающей его отечеству. Описанное только что нами явление мы объясняем, выражаясь на нашем техническом языке, как результат действия ассимиляционной способности, свойственной так называемому комплексу <sup>1)</sup>; если аффект, прочно спаянный с какимнибудь комплексом, отличается особенной интенсивностью, то сфера этого комплекса может ассимили-

---

<sup>1)</sup> Комплексом называется группа соединившихся между собой представлений, связанных с сильным аффектом и явственно выраженной тенденцией к разряду (желание, тоска и т. п.). На практике оказывается, что подобные группы представлений обыкновенно обнаруживают наклонность к диссоциации, весьма различной по степени в разных случаях; вследствие этого обыкновенно часть комплекса оказывается вытесненной в сферу бессознательного.



ровать и такие представления, которые только отдаленным образом похожи на представления, входящие в состав комплекса: ассимиляция эта совершается за счет таких ассоциаций, которые при объективном отношении оказываются совершенно необоснованными. Чем более насыщен комплекс аффектом, тем значительнее и шире его способность к ассимиляции чуждых представлений. Отсюда мы делаем вывод: чем поверхностнее ассоциации между двумя представлениями, сочетающимися друг с другом по данному типу, тем интенсивнее тот аффект, которым обусловлено это их сочетание. Мы, следовательно, не будем удивляться, если убедимся, что при самых важных комплексах, а именно при комплексах, имеющих патогенное значение, сходство между первичной и вторичной ситуацией часто бывает весьма отдаленным, так что объективному наблюдателю, у которого нет этого особого, связывающего эти представления друг с другом, интереса, сходства этого очень легко вовсе и не уловить.

Пролить свет на психические влияния, заставляющие истерического больного смотреть на целый ряд актуальных ситуаций, как на повторение прежних, имевших более важное значение, в общем далеко не легкая задача и не только потому, что связь между этими ситуациями настолько незначительна, что ее не удастся скоро отыскать; нет, связь эта кроме того обыкновенно не признается больным, т. е. он ничего о ней не знает и на всякую попытку заставить его понять эту связь, отвечает резким инстинктивным сопротивлением и отпором.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ ВЫВОДЫ.

На основании только что установленных нами положений мы можем сделать выводы о тех линиях поведения, которых следует придерживаться врачу в его общении с истерическими пациентами. Прежде всего необходимо чисто эмпирически судить о «ненормальном» поведении и образе действий такого больного. И вот когда становится, наконец, вполне понятным, что это поведение, будучи с чисто внешней точки зрения неправильным, психологически совершенно верно и с точки зрения самого больного вполне обосновано, то со этим надо считаться и раз навсегда признать, что это так и есть. Если больной испытывает страх перед пребыванием в закрытом помещении, то этот страх не нечто неразумное, ложное или даже несуществующее, как э о обыкновенно принято думать, исходя из чисто внешней



реальности, но наоборот: этот страх представляет собою важное обстоятельство, заслуживающее самого внимательного отношения к себе. У пациента существуют вполне достаточные причины бояться чего то, только это что то совсем не мысль о закрытом помещении; страх совершенно реален и имеет совершенно реальную и понятную причину, которую надо, однако, еще отыскать.

Что странного во всем этом явлении? Да то, что произошло перемещение аффекта страха на представление с другим содержанием, каковое представление иначе осталось бы совершенно безразличным, каким и является оно у нормальных людей.

В содержании этого представления есть какой то признак, свойственный и тому представлению, которое вызвало страх при естественных условиях; поэтому это представление и вызывает страх в больном, как и все, что—прямо или косвенно, бессознательно или сознательно—напоминает ему о первичном представлении.

Врач может занимать различную позицию по отношению к этим ненормальным реакциям больного; он может сделать попытку бороться с ними путем, напр., подсмеивания над ними или сделать вид, что не замечает их, и надо сказать, что этот способ может иметь успех, по крайней мере хоть на время, если суггестивное влияние врача на больного достаточно велико. Но если врач будет систематически игнорировать тот факт, что целый ряд вещей имеет для больного совсем иное значение, чем для него самого, то (во всех более тяжелых случаях) он неизбежно навлечет на себя антипатию больного или вызовет враждебное к себе отношение, и больной отвернется от врача, жалуясь на то, что «врач его не понимает» или что «врач ему не симпатичен». Такое намеренное игнорирование индивидуальных реакций больного, его наклонностей, симпатий или антипатий в большинстве случаев оказывается действительным, производит свой—благоприятный или неблагоприятный—эффект; но оно не помогает нам понять сокровенные, патогенные механизмы, не помогает нам и в нашем стремлении выработать в больном более гармонический душевный склад. Но с другой стороны это не значит, что врач должен уступать всем изломам и слабостям истерического больного, что он должен поддерживать эти его слабости, наоборот, он должен непрестанно стараться, чтобы поведение больного постепенно сравнивалось бы в этом смысле с поведением нормальных людей. Врач должен однако признать за ненормальными реакциями определенное осмысленное содержание, должен считаться с этими реакциями, давая больному



те или иные советы, и всячески стараться научить больного понимать свои реакции.

Общезвестно, что такие больные очень своеобразно относятся к своим врачам, как и вообще ко всем людям при скольконибудь более близком соприкосновении: они непостоянны, капризны, реакций их не учесть, короче говоря: они ведут себя неразумно. Малейшее изменение в поведении врача вызывает тотчас крайне неумеренную реакцию с их стороны: перемена тона, какаянибудь индивидуальная особенность или манера, какоенибудь выражение, по отношению к которому у больного существует идiosинкразия, какаянибудь черта в его внешнем облике—все это способно изменить отношение пациента к своему врачу, способно превратить уважение в антипатию, раздражение, страх, ненависть или—что всего непонятнее—в полную нежности привязанность. Вот это то непостоянство, свойственное таким больным, и является причиной того, что врачи смотрят на их лечение, как на неблагоприятную задачу, от которой, если только возможно, лучше отказаться вовсе. Но и за этими особенностями в поведении больных тоже скрывается более глубокий смысл, что уже не удивляет нас теперь после всего, что мы об этом слышали.

Перед нами снова пример истерического «перемещения», оживание прошлого в актуальных ситуациях, в которых есть нечто общее с ситуацией прошедшего. Врач возбуждает в больном воспоминание о человеке, игравшем роль в его прошлой жизни—воспоминание это обыкновенно остается неосознанным—и больной переносит на него все те разнообразные чувства, которые относились прежде к этому лицу, но не были нормально изжиты в течение всего протекшего с тех пор времени. Больной во всех своих проявлениях имеет, следовательно, в виду не врача, а то другое лицо с которым он однако отождествляет («идентифицирует») врача в своем представлении; процесс этот имеет даже особое название: «перенесение». Эта склонность истеричных отождествлять людей, играющих роль в их теперешней жизни, с лицами из их прошлой жизни, а в особенности же с людьми, игравшими особенную роль в их аффективной жизни, имеет, по сравнению с соответственным поведением нормальных людей, ряд отличий, о которых мы уже говорили. Наклонность эта только отражение присущей истерику тенденции изживать настоящее с точки зрения своего прошлого. Истерик со своими эмоциональными реакциями постоянно отстаёт от событий текущего времени.



С этой точки зрения нам становится понятен тот часто высказываемый взгляд, что истеричный субъект беспомощен перед реальной повседневной жизнью, что он не в состоянии как следует приспособиться к актуальной обстановке, которая его окружает. Мы уже отчасти выяснили, в чем главная причина этой неспособности; такой больной находится под слишком сильным влиянием своего прошлого и поэтому не в силах как следует оценивать в их настоящем значении те ситуации, в которых он находится в настоящее время; вместо их верной оценки он судит о них с точки зрения ситуаций прошедшего времени, с каковыми он отождествляет их в своем представлении.

Врач, который будет обращать внимание на поведение пациента и на его отношение к окружающему, и который постарается объяснить все это, исходя из прошлого больного, будет в более выгодном положении, чем остальные, не считающие нужным уделить свое внимание такого рода вещам: вышеописанные изменения в установках больного лучше поймет тот, кто изучает больного; кроме того он и скорее других подметит по разным мелким признакам те душевные процессы, которыми обусловлены такие перемены, в то время как остальные будут ждать нормального поведения от пациента и будут только неприятно изумлены, когда им придется разочароваться в этих ожиданиях; врач первого типа работает в открытую, остальные работают впотьмах. При всякой форме лечения истерии надо видеть одну из главных задач лечения в том, чтобы были правильно урегулированы отношения между врачом и пациентом; если эта задача не удастся, то все терапевтические усилия врача пропадают даром; более того: состояние больного может даже значительно ухудшиться, при чем исключительно по вине врача. Поэтому надо обратить особенное внимание на эту сторону дела: ею часто пренебрегают самым легкомысленным образом. Здесь требуется много такта и находчивости; от них зависит очень многое, чтобы предупредить наступление подобной неудачи, но кроме того требуется еще участие двух факторов для того, чтобы всегда быть в состоянии справиться с задачей: надо точно знать те способы, какими можно повлиять на эти отношения (врача и больного) и необходимо, как можно лучше знать прошлое самого больного.

## 2. СОПРОТИВЛЕНИЕ.

Есть один момент, резко отличающий истерию—да и все прочие психоневрозы—от всех остальных чисто соматических болезней: это



существование в самом больном некоей психической силы, которая противится процессу выздоровления. Из этого правила нет исключений, что бы ни говорили сами больные, как бы ревностно они не уверяли нас в противном.

Пусть желание больного стать здоровым опирается на очень большое число серьезных мотивов, пусть он, как это он сам думает, стремится изо всех сил к выздоровлению, все же в нем всегда существует и некоторая противоположная воля; эту волю мы и называем «сопротивлением» (т. е. сопротивлением, оказываемым терапевтическим усилиям врача).

Стоит нам только усвоить себе этот взгляд, как целый ряд повседневно наблюдаемых явлений получает совершенно новое освещение. Возьмем для примера тот общеизвестный тип больных, которые почти и не скрывают своей несклонности к выздоровлению. У такого больного постоянно случается целый ряд важных дел, мешающих ему держаться того времени визита, о котором он условился с врачом, или же он опаздывает, потому что забыл, каково было условие; он не исполняет предписаний врача и приводит целую массу извиняющих обстоятельств: самое характерное из них ссылка на забывчивость; он пренебрегает даваемыми ему советами или же поступает как раз наоборот; всем терапевтическим устремлениям больной ставит препятствия и с величайшей ловкостью расстраивает их, так что врач в конце концов, отчаявшись в успехе, готов напрямик задать вопрос: «да хотите ли вы собственно говоря быть здоровым или нет?» Таково поведение больного: он сопротивляется, он не поддается лечению, и его болезнь производит впечатление какого то упрямства.

Мы знаем далее другой тип больных, у которых симптомы появляются всегда как то удивительно кстати и во время; припадки конвульсий, мучительных невралгий и головных болей, дрожания и т. п. появляются только в том случае, когда больного наблюдают и могут долго совсем отсутствовать, если больной предоставлен сам себе. Нередко получается также и такое впечатление, что симптомы имеют отношение к какому нибудь определенному человеку, появляются исключительно в известной связи с ним и всецело зависят от того, как ведет себя данное лицо и что оно имеет в виду. Так, например, мне пришлось наблюдать одну больную, которая чувствовала себя совсем здоровой до тех пор, пока муж не уходил из дому, а в его отсутствие продуцировала такое количество симптомов, и при том столь опасных, что приходилось много раз вызывать



его на дом; муж ее был по профессии коммивояжером, и мотив болезни жены представлял собой желание, чтобы он переменял свое занятие, принуждающее его так часто и так подолгу отсутствовать из дому. В виде контраста этому примеру я вспоминаю о других пациентках, которые бывали здоровы только в отсутствии своих мужей: их болезнь имела между прочим задачу делать неприятности мужьям, не отличавшимся особенной внимательностью, с тем, чтобы принудить их к более участливому отношению. В других случаях существует постоянная угроза, что вот вот появятся вновь симптомы болезни: эта угроза точно дамоклов меч висит над спокойствием всей семьи. Симптомы появляются всякий раз, как только больному в чемнибудь отказывают, при всяком разочаровании, и они тотчас же, точно по волшебству, исчезают, как только притязания его удовлетворяются. Подобные больные могут превратиться в тиранов для всей своей семьи; приходится уступать всякому капризу с их стороны и считаться со всеми их наклонностями и антипатиями, если не угодно рисковать тем, что у них появится припадок, и если нет желания прослыть жестоким и бессердечным. В данном случае поведение больного носит характер обдуманности, его болезнь как бы имеет совершенно определенную цель. Близко к этому типу подходит еще одна группа больных, которые с помощью своих симптомов копируют кого-нибудь из числа людей, которых им пришлось видеть или даже таких, о которых они читали, напр., в газете. Это больные «подражательного» типа, их заболевание производит впечатление симуляции. Именно этот тип больных дал повод высказать мысль о повышенной внушаемости истеричных, при чем обыкновенно не обращали внимания на то, что симптомы никогда не копируются просто, без всякого различия, но обычно весьма тщательно выбирают.

Изучение одного единственного симптома, скопированного с кого-либо определенным пациентом, гораздо больше знакомит нас с настоящей сутью истерии, чем знание таких терминов, как «повышенная внушаемость», в пользовании которыми находят себе удовлетворение авторы в роде, напр., Бабинского.

Остается упомянуть еще о тех больных, которые действительно искусственным образом фабрикуют свои симптомы. Известен целый ряд примеров: всевозможные кожные поражения от образования пузырей до гангрены, кровохаркание (кровью из десен), глюкозурия (сахар попадает в мочу прямо из кладовой), разного рода изувечения, частью преднамеренные, частью случайные и т. п. В данном слу-



чае мы имеем дело с типом больного—обманщика, болезнь которого не что иное, как планомерная выдумка.

Тот, кто вздумал бы приписывать всем истерикам эти четыре свойства: упрямство, расчет, симуляцию или обман, тот был бы несправедлив по отношению к ним и кроме того был бы весьма и весьма далек от истины; и все таки в подобном упреке есть зерно истины, о котором мы еще будем говорить в дальнейшем. Но у всех этих типов больных, о которых мы говорили, есть другая общая черта: совершенно определенное сопротивление процессу выздоровления или—говоря иными словами—воля к болезни. Некоторые авторы, как, напр., Констамм (Kohnstamm)<sup>1)</sup>, считают даже возможным допустить следующее несколько грубое обобщение: они утверждают, что это специфический признак истерии.

Но если мы попробовали бы взглянуть на все эти явления с несколько иной точки зрения, то мы обратили бы внимание, что во многих случаях истерического заболевания больной извлекает явные выгоды из своей болезни («выигрыш за счет болезни», как это называет Фрейд), от каковых выгод ему, в случае выздоровления, пришлось бы отказаться. Этот выигрыш за счет болезни конечно, не всегда ясен и очевиден, но все же становится со временем, особенно если болезнь тянется долго, довольно ясным. Можно использовать свою болезнь в качестве отговорки, чтобы освободить себя от всякого рода надоедливых домашних и общественных обязанностей и задач; будучи больным, можно рассчитывать на целый ряд мелких уступок и любезностей, на которые не вправе претендовать человек здоровый—принято же ведь вообще открывать перед больным все двери, чтобы облегчать ему его страдания.

Мы не должны смущаться тем обстоятельством, что больной гораздо меньше, чем это можно было думать, знает о той выгоде, которую он извлекает из своей болезни; на это существуют совершенно определенные причины. А так как выгоды эти постороннему наблюдателю видны довольно отчетливо, то остается предположить, что больной просто не хочет замечать их. Мы увидим в дальнейшем, что это объяснение представляется в высшей степени вероятным; объяснение это делает нам понятным то неудовольствие, с каким больной реагирует на всякую попытку разъяснения истинного положения вещей, и то совершенно очевидное сопротивление, с каким он отказывается от выгод, доставляемых болезнью, во время

1) «Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie», Bd. LXVIII, S. 522.



процесса выздоровления. Пациент только отчасти сознает те преимущества, которые дает ему его заболевание; он совершенно не отдает себе отчета в том, что эти преимущества, эти выгоды и создают те мотивы, которые поддерживают его болезнь. И все таки в настоящее время после бесчисленного количества наблюдений, не допускающих никакой другой интерпретации, мы едва ли в состоянии сомневаться в верности этого предположения: красноречивым доказательством явилось кроме того появление страховой истерии («*Reptenhysterie*») в качестве следствия германского законодательства о несчастных случаях. Можно определенно утверждать, что мы не слишком ошибаемся, если в каждом случае истерического заболевания будем прежде всего обращать внимание на те последствия, которые болезнь вызывает, а затем уже рассматривать эти последствия чисто эмпирически, как причины, которые, по меньшей мере, способствуют поддержанию болезненного состояния пациента; кому приходится впервые становиться на такую точку зрения, тот будет поражен, как она облегчает дело понимания болезни.

Если намекнуть истерику, что выгоды, связанные с болезнью, создают один из мотивов для ее продолжения, то обыкновенно приходится наблюдать, что он с негодованием отвергает подобную мысль; но в то же время можно убедиться и в том, что это негодование больного совершенно искренне. Может быть у него и есть нечто в роде смутного ощущения того, каково истинное положение вещей; но мы не можем сказать с уверенностью, что больной отдает себе отчет в этом смутном ощущении; он и не хочет отдавать себе какого либо отчета. Те случаи, в которых больной сознает все это, представляют собой несомненное меньшинство; я приведу в качестве примера один такой случай. Я лечил как то даму с очень тяжелыми истерическими симптомами. Через месяц или два наступило, несмотря на ее сопротивление, все таки некоторое улучшение, и вот в один прекрасный день она сказала мне совершенно честно: «Доктор, вы даром тратите на меня свое время. Я совершенно ясно вижу, что у меня нет действительного желания выздороветь. Если я выздоровею, то мне придется снова начать жить с мужем, снова взять на себя все, связанное с этой жизнью». Ее муж был пьяницей, она испытывала всяческое отвращение к нему: и физическое, и моральное, и душевное. Все таки в результате лечения ее преувеличенная антипатия к мужу настолько ослабела, что она уже не смотрела на жизнь с ним, как на нечто невыносимое.



На таких случаях мы учимся пониманию того, каким образом возникает это сопротивление больного стараниям врача, и почему больной так неохотно соглашается с тем, что это сопротивление действительно существует. Выздороветь ведь значит не только отказаться от всех привилегий, имевшихся до сего времени,—подобный отказ никому не покажется приятным,—приходится кроме того сделать самому себе очень неприятное признание, что болезнь была использована для получения этих привилегий; во всяком случае надо сказать, что ни один способ лечения, избавляющий больного от подобного признания самому себе, ни один такой способ не дает никаких гарантий, что при первом же удобном случае не повторится вновь чисто автоматически тот же самый процесс возникновения болезни. Поэтому хороший врач неизбежно явится и нарушителем мира: и в качестве такового ему приходится принять на себя неприязнь больного, явную или тайную.

Из всех этих соображений для врача, если он пытается дойти до настоящих причин болезни, если он, иными словами, хочет лечить радикально, а не доставлять лишь облегчение, из этих соображений вытекает задача неустанно следить за теми мотивами, которые послужили причиной для болезненного состояния и которые продолжают поддерживать это состояние. Если врач идет по этому пути и если ему удастся углубить свое понимание больного и его установок по отношению к окружающей среде, то ему уже гораздо легче будет истолковывать дальнейшие реакции больного, легче учесть заранее то действие, которое окажут на больного его советы, а иногда даже способствовать такой перемене в окружающей больного обстановке, которая лучше всего соответствует его индивидуальным потребностям. Знание о существовании сопротивления и о важной его роли очень поучительно: врач должен понимать, что требуется величайшая осторожность при обращении с сопротивляющимся больным; но знание это только укрепляет врача в его решимости победить сопротивление или вернее помочь больному преодолеть их. В отношении к больному врач должен уметь сочетать «приветливость вместе со строгостью», как предписывает одно устаревшее, но редко верно оцениваемое правило. На мотивы, противоположные сопротивлению, побуждающие больного стремиться к выздоровлению, врачу придется обратить величайшее внимание; эти мотивы врач должен стараться всячески укрепить, этого ведь никогда не приходится делать при соматических заболеваниях. При всяком затруднении врачу приходится



опираться на эти мотивы, и надо сказать, что все попытки лечения будут безуспешны, если подобные мотивы не существуют.

Ни одна попытка построения теории истерических заболеваний не вправе не считаться с эмпирическими данными, лежащими в основе изложенных нами выше соображений; данные же эти каждый врач легко сумеет проверить на материале своей собственной ежедневной практики. Остается сказать несколько слов о значении наших соображений для теории. В смысле отношения к этим соображениям существует резкая разница между двумя основными взглядами на истерию, рассматриваемыми нами ниже: взгляды эти можно назвать: 1) гипотезой шока и 2) гипотезой желаний. Первая из них сводит все истерические явления на действие различных травматических переживаний, имевших место в прошлой жизни больного, как то: огорчение, испуг, несчастные случаи, переживания на войне и т. д.; наши наблюдения с трудом укладываются в рамки этого понимания, и описанные нами феномены не находят удовлетворительного объяснения с его помощью. С гипотезой же желаний они находятся в полнейшем соответствии. По этой гипотезе все истерические симптомы представляют собою продукты индивидуальных желаний, являются особым способом удовлетворения желаний и доставляют известную выгоду больному.

В примерах, приведенных нами выше, это нетрудно доказать, так как симптомы как бы рассчитаны на то, чтобы доставить удовлетворение требованиям больного и, следовательно, удовлетворяют его личные желания. Но эта гипотеза идет гораздо глубже и утверждает, что при детальном обследовании можно за каждым симптомом обнаружить особое желание, действующее в качестве мотива, и что желание это каким то образом удовлетворяется благодаря существованию этого симптома. Когда мы говорили о тех желаниях больного, которые он осуществляет путем эксплуатации своей болезни, мы обратили внимание на два характерных признака; во первых, на то, что больной или вовсе не знает о них или же если и знает, то очень мало, и во вторых, что он очень характерно ведет себя, когда его заставляют согласиться с существованием подобных желаний: он дает резкий отпор, он не согласен. Эти же признаки свойственны более глубоким и менее ясным мотивам, и при том в еще более сильной степени; они «бессознательны», т. е. больной не имеет о них ни малейшего понятия и оказывает сильное инстинктивное сопротивление всем приемам, угрожающим вскрыть их содержание.



В следующих главах я дам подробное описание трех различных психотерапевтических методов. Первые два метода находятся в соответствии, хоть и не очень то совершенном, с обеими гипотезами (шок и желание); третий же метод сочетает обе эти гипотезы, приводя их к некоему целостному единству.

#### РЕЗЮМЕ.

Я подведу итог важнейшим положениям этого отдела. Характерной чертой поведения истеричных больных является появление у них так называемых «несоответственных» эмоциональных реакций, а также и отличие их реакций в какойнибудь определенной ситуации и по характеру и по интенсивности от соответственного поведения нормальных людей; все может приобретать для истерика совсем особое, с внешней стороны непонятное значение: ситуации, идеи, вещи и люди. Эту переоценку всех ценностей удалось свести на то обстоятельство, что эти больные находятся под слишком сильным влиянием своего прошлого, под влиянием таких его ситуаций, в которых есть нечто общее с ситуациями актуальными; поведение больного объясняется частью прежней (первичной), частью же актуальной (вторичной) ситуацией. Мы узнали кроме того, что сходство, объединяющее между собой в сознании пациента первичную и вторичную ситуацию, может быть тем незначительнее, чем сильнее аффект, спаянный с первичной ситуацией, и что ассоциации, устанавливающие связь между ними, могут быть весьма отдаленными и поверхностными. Иными словами, можно сказать, что это перемещение аффекта с прежней ситуации на актуальную представляет собой только выражение ассимиляционной способности, свойственной мощному «комплексу». Степень интенсивности влияния прошлых переживаний—по сравнению с нормальными людьми—чрезвычайно характерна для истериков. Более тяжело больные, повидимому, живут действительно всецело в прошлом. Врачу, когда он углубляет свое понимание, становится ясным, что реакции больного производят впечатление реакций «несоответственных» только в том случае, если мы относим их исключительно к актуальному переживанию; но фактически они и с качественной и с количественной стороны вполне обоснованы и понятны, если поставить их в связь с теми прежними переживаниями, которыми они определяются. Нельзя поэтому смотреть на ненормальные реакции, как на реакции преувеличенные или фальшивые: надо считать, что эмпирически и психологически



это вполне правильные реакции; они только испытали некоторое перемещение (в смысле времени и повода).

Дальше мы обсуждали тот факт, что пациент извлекает выгоду из своих симптомов и что выгода эта представляет собой один из мотивов для поддержания болезни; с этой точки зрения можно смотреть на последствия симптомов, как на их причину. Обычно больной ничего не знает об этих мотивах и оказывает сопротивление всем попыткам заставить его признать их существование. Мы указали на то, что число симптомов, возникающих из бессознательных мотивов и доставляющих удовлетворение бессознательным желаниям, гораздо более велико, чем это можно было допустить, судя по поверхностным наблюдениям. В каждом случае истерического заболевания на ряду с явными мотивами, побуждающими больного желать выздоровления, существуют и другие, противоположные им силы, функция которых состоит в том, чтобы оказывать сопротивление всем терапевтическим усилиям; силы эти обыкновенно являются бессознательными. До сих пор мы имели возможность познакомиться с двумя из них, а именно с нежеланием больного отказаться от доставляемых болезнью выгод и с его сопротивлением и нежеланием признаться в том, что он использовал свою болезнь в чисто эгоистических целях. Эту волю к болезни, поскольку она противопоставляет себя терапевтическим усилиям врача, мы называем «сопротивлением» больного; разгадать это сопротивление и одержать над ним победу—одна из самых щекотливых и в то же время одна из самых важных задач, стоящих перед врачом.

Из всех соображений, выдвинутых в этой главе, мы можем сделать следующие выводы: лечение истерических заболеваний будет тем успешнее, чем более врач будет углубляться в прежние аффективные переживания отдельных пациентов; без такого углубления не может быть никакого понимания и никакого воздействия на болезненные тенденции больного. Если же мы ограничимся только тем, что прописываем больному ту или иную форму покоя и предаемся надежде, что патогенные моменты прекратят после этого свою деятельность, и что больной оправится, если только мы предоставим его самому себе и будем как следует его кормить, то наше лечение истерии в данном случае будет иметь не больше смысла, чем если бы мы вздумали лечить подобным же методом какойнибудь неясный случай заболевания полости живота, не считая нужным обращать внимание на этиологические факторы;



и в том и другом случае, конечно, попадают больные, выздоравливающие и при таком лечении; но врач в таких случаях сделал все таки меньше для своего больного, чем было в его силах. При таком лечении завоевания современной медицинской науки остались неиспользованными.

## С. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ.

### 1. ВВЕДЕНИЕ.

Применение психотерапии всякого рода — несмотря на всю пропаганду, которая ведется в этом направлении за последние 25 лет — наталкивается на целый ряд трудно искореняемых предрассудков, господствующих во врачебной среде. Отрицательное отношение к психотерапии сводится к различным причинам; из этих причин некоторые стоят на первом плане. Причины эти по всей вероятности следующие. Существуют врачи, которые не в силах, повидимому, примириться с тем, что не удалось найти никакого физического метода, который оказался бы в той же мере пригодным при лечении истерии, как методы психические; такие врачи пускают в ход все свое влияние, чтобы удержать и остальных от — как они выражаются — «пачкотни в грязи». Этот странный взгляд обусловлен главным образом путаницей понятий в чисто философском вопросе о взаимоотношении тела и души: проблема эта однако не имеет абсолютно никакого отношения к врачебной профессии. Врачи привыкли смотреть на всякую болезнь прежде всего, как на чисто соматическое явление; они привыкли рассматривать проблемы душевного порядка с чисто материалистической точки зрения; поэтому всякая попытка лечения чисто психическим путем представляет собою для врачей неприятное нарушение прочных, несомненных и хорошо известных положений. Однако изучение психотерапевтических методов и пользование ими вовсе не предполагает необходимости иметь философские взгляды какогонибудь определенного направления; психотерапевт может быть и монистом и дуалистом, он может принадлежать к какойнибудь определенной философской школе и, наоборот, может быть свободен от этого; и действительно, мы видим, что среди самых выдающихся современных психотерапевтов можно встретить представителей всех этих типов. Теоретическая основа психических методов лечения складывается из двух несомненных фактов, которые можно наблюдать ежедневно: во первых, то, что



процессы, называемые нами психическими, в роде горя, страха и т. п. очень часто сопровождаются такими расстройствами, которые мы привыкли относить к числу расстройств телесных; и во вторых, то, что возможно подействовать на эти расстройства в благоприятном смысле с помощью другого рода психических состояний, которые в свою очередь могут быть вызваны уже с помощью определенных психических средств, в роде, напр., состояния удовлетворенности, появления надежд и т. д. Каждому, пользующемуся этим методом врачу, дозволяется, сколько ему угодно, верить в то, что все эти психические состояния, как патогенные, так, наоборот, и приводящие к выздоровлению, сопровождаются физическими процессами в мозгу или даже в то, что указанные процессы этими изменениями в мозгу вызываются, и при том столь же прямо и непосредственно, как напр. отделение желчи в связи с процессами в печени; но положительное или отрицательное отношение к подобного рода объяснениям не должно находиться ни в какой связи с чисто эмпирическими приемами лечения больных. Ведь и имея дело с нормальной душевной жизнью, решая, например, вопрос о том, как следует обучать какогонибудь ребенка решению алгебраических задач, можно принимать или, наоборот, отвергать воззрения, о которых мы только что говорили. Но неопределенность нашего теоретического отношения к этому вопросу, а равно как и явная невозможность подтвердить эти знания с помощью особых лекарств, определенной диеты или других каких либо физических мероприятий, ничто не помешало воспитателю самым спокойным образом взяться за те средства, которые ведут его к осуществлению намеченной им цели.

Второй момент, способствующий сохранению предрассудков относительно психических методов лечения, надо искать в том факте, что прошлое психотерапии тесно связано с прошлым свободной, не врачебной терапии вообще, в частности же с историей шарлатанства. Когда врачебное искусство мало по малу перестало быть одним из занятий духовенства, в руках этого последнего все таки продолжали оставаться психические лечебные приемы (практиковавшиеся тогда в виде исцелений верою, отчитываний и т. п.); духовенство и до сегодняшнего дня сумело сохранить некоторое небольшое влияние в медицинском отношении вследствие своих стараний в этом направлении, но то влияние, которым оно пользовалось прежде, перешло главным образом к врачам, отчасти же к шарлатанам. И в наши дни для многих лиц, имеющих вра-



чебное образование, с понятием психотерапии связывается впечатление чего то иррационального или мистического, крайне легко сочетающегося с понятием об обмане; у врачей имеется склонность смотреть на всякое излечение этим путем, как на своего рода мошенничество, как на достижение похвальной цели с помощью дурных средств, как бы по способу иезуитов. Напротив, современные научные исследования в области психопатологии ставят себе целью отвоевать психотерапии принадлежащее ей с полным правом значение специальной медицинской науки и поставить ее практическую сторону на чисто научное основание. И если за эту задачу принялись серьезно лишь в последние годы, то сама то психотерапия все таки очень древнего происхождения. Ее начало относится к доисторическим временам, восходя по всей вероятности до эпох самых ранних религиозных проявлений. Развитие это может быть прослежено у цивилизованных народов так же, как и у дикарей, так как Эскулап, отец медицины, которому мы обязаны нашей эмблемой змеи, был прежде всего психотерапевтом. Столь благородное происхождение, в связи с завоеваниями современной науки, должно быть для нас порукой в том, что психотерапии предстоит богатое перспективами и почетное будущее.

Но самое сильное и глубже всего укоренившееся предубеждение врачей против применения психических лечебных методов, как мне думается, лежит в их предвзятом отношении ко всякому вмешательству, дающему одному человеку слишком большое влияние на другого или слишком много власти над ним, со всей той ответственностью, которая из подобной ситуации вытекает.

Это отрицательное отношение становится особенно сильным, когда, как в данном случае, вмешательство касается самого ядра личности другого человека, его свободной воли; да и действие этого отрицательного отношения гораздо прочнее, чем, напр., нежелание задеть чувство стыдливости в другом человеке, каковое нежелание в течение долгого времени весьма задерживало развитие гинекологии. Чувство, о котором идет речь, связано с глубоко укоренившимися представлениями о человеческой свободе и с аффектами, имеющими чрезвычайно глубокие скрытые корни; такие аффективные и иррациональные факторы гораздо больше влияют на наши суждения, чем это обыкновенно думают. Это отрицательное отношение врачей сказалось прежде всего по отношению к лечению гипнозом или внушением, и вполне возможно, что предубеждение врачебных кругов против психических методов лечения вообще в значительной



мере обуславливается их отрицательным отношением к этим самым известным видам психотерапевтических методов. Иные авторы и самые термины «гипноз» и «психотерапия» употребляют, как равнозначные или даже тождественные; это случается даже довольно часто, и очень много книг, в заглавии которых говорится о психотерапии, посвящено в сущности исключительно одному гипнозу. В. Озлер (William Osler) пишет следующее в своем медицинском руководстве: «Мы поступили бы неправильно, если бы стали лечить истерию, как какое либо телесное заболевание. Истерия по своей сущности представляет собою расстройство психическое и аффективное, и при лечении ее главную роль играет моральное воздействие». И вот очень характерно для обычного отношения врачей к этому вопросу то, что, даже после такого недвусмысленного заявления, автор не упоминает ни о каком другом психотерапевтическом методе, кроме гипноза, да и гипноз он приводит только для того, чтобы предостеречь от его применения.

В действительности же существует очень большое число весьма разнообразных психотерапевтических методов. Я попытаюсь разделить все эти методы на несколько главных групп, чтобы указать на принципы, лежащие в их основе; перечислять же их со всеми их бесчисленными модификациями было бы и не практично и излишне. Мне кажется, что при помощи единого критерия не представляется возможным расположить отдельные формы методов в стройный, равномерно изменяющийся по степеням, ряд; этот критерий, который мы краткости ради будем обозначать, как «критерий самостоятельности», основывается на степени той активности, которую удастся вызвать у пациента с целью получить его содействие в задаче самостоятельного изменения им своего психического состояния. Это стремление, которое не является чуждым ни одному психотерапевтическому методу; не во всех методах, однако, выступает с одинаковой отчетливостью на передний план. Из последующих же соображений выяснится еще более определенно, почему в основу нашего подразделения мы кладем именно этот критерий. Прогресс, имевший место в науке за последние 25 лет проявляется уже прежде всего в том, что все большее значение придается именно этой самостоятельной активности пациента. В начале же преимущественное значение приписывалось отношениям между врачом и пациентом, так называемому «личному влиянию» врача; правда, этот фактор никогда не удается исключить совершенно, он обусловлен самой при-



родой вещей, но прогресс научной психотерапии в том и заключается, что значение, приписывавшееся этому фактору, все больше и больше передвигается на ту самую самостоятельность больного, о которой мы уже говорили. И существует даже определенный метод, метод психоанализа, при работе с помощью которого делаются большие усилия, чтобы свести до минимума влияние личного момента в отношениях больного к врачу.

Мы делим все психотерапевтические методы на три группы: внушение, перевоспитание и психоанализ; и в этом порядке мы их и рассмотрим. Я понимаю, что по поводу установки подгрупп мне будет сделан упрек, что некоторым из этих методов следовало бы отвести более самостоятельное и независимое место. На это я могу ответить, что я предвидел этот упрек, но у меня есть серьезные основания поступать именно этим образом.

## 2. ВНУШЕНИЕ.

Внушение представляет собой вероятно древнейшую форму всякой терапии вообще, но оно не только очень старый, но и наиболее часто применяемый метод, играющий огромную роль и в наши дни; в большей или меньшей степени оно играет роль при всяком соприкосновении больного с врачом. Приходится ведь часто слышать, что всякий врач произвольно или непроизвольно применяет внушение, но очень странно то, что из этого положения, ставшего общим местом, многие авторы делают тот вывод, что в области психотерапии медицинской науке не удастся узнать чего либо нового, до сих пор неизвестного!

В подобном аргументе, основывающемся несомненно на отождествлении психотерапии со внушением, не больше смысла, чем, напр., если бы в 1890 г. стали уверять, что новая бактериологическая наука ничего не может дать врачам поучительного, так как и без нее уже давно известно, что оспа болезнь заразительная.

## ГИПНОЗ.

Лучше всего начать наше ознакомление с гипнозом, так как это наиболее яркая форма лечения внушением, при том та форма, в которой самую большую роль играет личное влияние врача и с изучения которой начались врачебные исследования в области психотерапии. Самый термин «гипноз» создан Брэдом (Braid) в 1843 г., автором, который, пожалуй, больше, чем кто либо, подвинул наши знания об этом своеобразном состоянии; с тех пор этот



термин вытеснил все прежние обозначения в роде «животного магнетизма», «месмеризма» и т. п.

Целый ряд неудачных попыток обнаружил, насколько трудно дать точное определение этого состояния, которое раскрывало бы его в его настоящей сущности.

Трудность эта имеет две причины: во первых, нет возможности выделить какуюнибудь определенную группу явлений, которую можно было бы рассматривать, как характерную форму этого состояния, выражающую самую его сущность, так как отдельные формы, в которых проявляется это состояние, отличаются чрезвычайным непостоянством и неправильностью; во вторых, существует целый ряд всевозможных степеней глубины гипнотического состояния, начиная с глубочайшего и кончая самыми легкими, постепенно переходящими в состояние бодрствования; все эти состояния почти незаметно переходят друг в друга. Эти обстоятельства и некоторые другие были причиной того, что некоторые авторы, и из них в особенности Бабинский (Babinsky), дошли до того, что стали вовсе отрицать объективную реальность гипнотического состояния как особого и своеобразного психического состояния; к этому выводу могут однако присоединиться лишь очень немногие, знакомые с действительными фактами, наблюдаемыми в этой области.

Надо согласиться, что во многих случаях несомненно чрезвычайно трудно ответить на вопрос, можно ли считать данное лицо загипнотизированным или нет и с какого момента можно утверждать наступление этого состояния. Но все таки, если удастся установить появление известного числа самых характерных явлений, можно утверждать, что данное лицо находится в настоящее время в некоем психическом состоянии, склад которого отличен от нормального состояния сознания: если, напр., данное лицо в состоянии вызывать в своем сознании появление таких забытых воспоминаний и впечатлений, которые в обычном бодрственном состоянии совершенно не всплывают; если конечности находятся в состоянии каталептической скованности и пропадает чувствительность к кожным раздражениям; если появляются такие реакции на влияния внушения, которые совершенно чужды обычному нормальному поведению данного лица и т. д. Обычно это состояние глубокого «сомнамбулизма» сопровождается амнезией, простирающейся на все, происходившее во время сеанса и делающей возможным наступление тех явлений, которые известны под названием постгипнотических внушений. Нам нет надобности давать



детальное описание всех явлений гипноза, мы только хотели бы обратить внимание на следующие важные для терапии пункты: 1) на повышенную внушаемость, которая является, пожалуй, самым известным признаком этого состояния; 2) на часто встречающееся изощрение памяти; 3) на тот факт, что словесные внушения имеют не одни психические последствия и оказывают влияние не только на произвольные телесные процессы (напр., движения конечностей и т. п.), но также и на абсолютно непроизвольные явления, как, напр., на изменения секреторной деятельности почек, молочной железы, слюнной, слезной, на перистальтические движения кишок, на различные процессы в коже и в сосудодвигательных нервах и даже на менструации; 4) на тот особый контакт (раппорт), который устанавливается между врачом и пациентом и является самым постоянным признаком, наблюдающимся более или менее ясно во всех случаях. Когда раппорт достигает высшей точки своего развития, то мысль о враче до такой степени господствует над мыслительною способностью больного, что контакт с внешним миром осуществляется исключительно через врача; в то же время пациент совершенно недоступен для всех, даже и болезненных, раздражений, идущих из другого источника.

#### МЕТОД.

Существует очень много способов, применяемых с целью погружения пациента в гипнотическое состояние; в этих способах можно усмотреть известные общие свойства. Прежде употреблялись различные физические приемы и аппараты, начиная с Месмеровского чана и кончая вертящимся зеркалом Луи (Луи), да и в наше время многие гипнотизеры заставляют своих пациентов слушать тиканье метронома или же упорно смотреть на блестящий предмет. Но мы вполне отдаем себе отчет в том, что ни одно из этих средств несколько не обязательно, и весьма сомнительно, чтобы в них существовала иная надобность, кроме той, что применение их придает врачу больше уверенности. Требуются известные условия: они и желательны и необходимы. Так, напр., далеко не безразлично, в каком душевном состоянии находится вначале пациент. Врач должен всячески стараться вселить в больного доверие, внушить ему как можно больше веры в то, что эксперимент удастся; он должен перевести его в состояние душевного спокойствия, должен удалить всякий страх или боязливое ожидание. Для этой цели можно рекомендовать, до начала усыпления,



дать больному краткое объяснение, доступное его пониманию, в самом успокоительном тоне. Все, что способствует спокойному настроению больного, очень благоприятно действует на самый сеанс: отсутствие посторонних шумов в комнате, яркого света, абсолютно удобное положение тела. Многие авторитеты применяют раздражения чувствительности, действующие монотонно и утомляюще. Монотонности можно достигнуть ритмическим поглаживанием руки или лба, или тиканьем метронома. Сенсорное утомление достигается следующим образом: больного заставляют фиксировать какойнибудь предмет, лучше блестящий: предмет этот лучше всего держать над глазными впадинами больного. Но все эти приемы имеют совершенно второстепенное значение. Главная задача врача заключается в том, чтобы вызвать в больном состоянии физической и психической расслабленности, исключить всякое напряжение; это достигается обычно прямым внушением в форме приказания, намека или предупреждения. Пациент должен отказаться от всякого активного мышления, должен избегать всякого усилия мысли, должен избегать какогонибудь хода мыслей. Иной раз это достигается предложением больному сосредоточить свое внимание на какомнибудь определенном простом представлении, но эта концентрация на подобной идее не должна иметь активного характера, идея должна быть простой, достигаемой без всяких усилий. Пациент должен совершенно отдаться мирной пассивности и рассеянности, полнейшему отрешению от всякого напряжения, некоему *dolce farniente*! Если больной недоверчив или плохо подчиняется, то можно применить целый ряд особых приемов. Один из этих приемов, очень простой, был предложен впервые Леви-Зуль (Levi-Suhl): он состоит в использовании физиологического явления цветного контраста. Полоска светлосерой бумаги наклеивается на светлозеленое или синее стекло на белом фоне; гипнотизер предсказывает, что в короткое время эта полоска изменит окраску и при том изнутри кнаружи, и это предсказание—исключая, конечно, лиц, страдающих некоторыми видами цветной слепоты—точно сбывается в течение нескольких секунд.

Как только у больного наступило желательное состояние, врач переходит к внушению: эти специфические внушения, относящиеся к симптомам больного, врач произносит вслух, в форме прямого приказания, мягкого уговаривания, личной просьбы и т. д., в зависимости от типа больного и от личных привычек врача. Внушение может иметь в виду непосредственно симптомы больного



или же оно пытается достичь своей цели обходными путями; но все должно быть сообразовано с характером симптомов и должно считаться с наклонностью больного к критике. Полезно во всяком случае повторять внушения по многу раз, лучше всего всякий раз в других выражениях. Сущность лечения состоит в том, что сила внушения противопоставляется той силе, которая вызывает симптом; о природе этих сил мы узнаем из дальнейшего изложения.

#### ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УСПЕХИ.

Терапевтические результаты гипнотического внушения во многих случаях очень удовлетворяют больного и его близких, и польза этого метода без сомнения сильно недооценивается теми врачами, которые или незнакомы с фактической стороной дела в этой области или же не владеют сами этим методом.

Метод этот приносит пользу особенно при истерии. При этой болезни он дает гораздо больше, чем при всех остальных невротических состояниях. Излечение больного, долгие годы страдавшего истерическим параличем и после одного единственного гипнотического сеанса получившего вновь возможность пользоваться своими конечностями, представляет собой переживание, на которое весьма трудно рассчитывать в какой либо другой медицинской области. Испытав такое переживание, начинаешь понимать известные описания событий, происходящих в таких местах, как Лурд. Но эти сенсационные результаты обнаруживают перед нами только одну из сторон гипнотического лечения; оно имеет и другие стороны, куда менее дающие удовлетворение. Мы знаем, что против этого метода был сделан целый ряд возражений и что во врачебной среде он по тем или иным основаниям не получил общего признания, так что во всех странах только очень небольшой процент врачей им пользуется. На многие из этих возражений, после тщательной проверки фактов, можно смотреть, как на совершенно неосновательные; и все таки предвзятое отношение к гипнозу основывается не исключительно на одном только бессмысленном консерватизме, как многие уверяют. Мы не должны забывать, что усилия доставить полное признание этому методу продолжаются уже в течение более, чем сотни лет. Поэтому, эта предвзятость имеет более солидные основания, чем это можно было бы думать, если судить по одним только довольно поверхностным аргументам противников метода. Но подробное обсуждение этой темы мы отложим до рассмотрения внушения вообще, ибо темы эти должны об-



суждаться в связи друг с другом. Мы не должны упускать из виду, что погружение больного в гипнотическое состояние—во всех его разновидностях—может служить и другого рода терапевтическим целям, не одной только задаче внушения чего либо больному словесным путем. И прежде всего надо сказать, что уже просто само по себе усыпление пациента, одно погружение его в гипнотический сон оказывает во многих случаях благоприятное терапевтическое воздействие. Оно ведет не к одному только улучшению общего самочувствия больного—надо сказать, что этот эффект обычно бывает очень недолговременным—но даже могут исчезнуть сами собой уже от этого одного и разные симптомы. Иногда этот результат без сомнения обуславливается тем, что врач бессознательно производит известные внушения и пробуждает в больном ожидания; но у нас есть полное основание допускать, что улучшение может наступить и совершенно независимо от этого, и это особенно ярко сказывается в тех случаях, где приходится иметь дело с бессонницей. Гипнозом можно пользоваться кроме того и с той исключительной целью, чтобы вызвать в больном воспоминания о чемнибудь забытом, никак не всплывающем в бодрственном состоянии, если осознание подобных воспоминаний представляется желательным. О значении этих процессов мы узнаем подробнее в связи с обсуждением методов перевоспитания.

Мы уже говорили выше о том, что между гипнотическим состоянием и состоянием бодрствования существует только количественная разница по степени, и что между этими обоими состояниями можно наблюдать целый ряд не резко отличающихся друг от друга промежуточных ступеней. Окончательное разграничение этих стадий, такое их подразделение, которое можно было бы выразить даже в виде числовых соотношений, возможно провести только с помощью весьма искусственных и условных точек зрения; это явствует и из отсутствия единства взглядов у авторов по этому вопросу; так, напр., Дельбэ (Delboeuf), Гюрнэ (Gurney) и Дессуар (Dessoir) различают всего на всего две промежуточные стадии, но каждый из этих авторов описывает эти стадии по своему различным образом; Форель (Forel) и Шарко (Charcot) говорят о трех стадиях и тоже говорят о них по разному; Льебо (Liebeault) различает шесть, а Бернгейм (Bernheim) даже девять стадий. Подобные классификации могут быть полезны при объяснении какихнибудь отдельных определенных пунктов, но они, конечно, не могут иметь никакого общеобязательного значения.



И все эти стадии или вариации гипнотического состояния могут наблюдаться и в качестве совершенно спонтанных состояний, а именно при истерии, может быть даже и при других заболеваниях. Мы возьмем в качестве примера одну из этих вариаций гипнотического состояния с тем, чтобы сделать некоторые замечания, имеющие значение и для других его разновидностей. Брейер (Breuer) и Фрейд (Freud)<sup>1)</sup> предложили в 1893 г. для обозначения некоторых важных истерических явлений выражение «гипноидные состояния» и указали одновременно на сходство этих состояний с легкими степенями гипноза. Эти гипноидные состояния Бингсвангер (Bingswanger)<sup>2)</sup> сравнил с описанной Форе́лем разновидностью, получившей название гипотаксии (1891); но у них есть большое сходство и с субгипнотическими состояниями, с так называемой катаплексией [Пре́йер (Preyer, 1878)], *état de fascination* [Бре́мо (Brémaud, 1884)], *léthargie lucide* [Де-ла-Туретт (De la Tourette, 1889)], и особенно велико сходство это с теми состояниями, которые были описаны многими прежними магнетизерами под названием *état de charme*. Некоторые из этих разновидностей были охарактеризованы, как своеобразные психические состояния с особыми терапевтическими возможностями и были даже использованы в качестве таковых. Сайдис (Sidis)<sup>3)</sup> несколько лет тому назад описал под именем «гипноидизации» особый метод для создания такого гипноидного состояния. Метод этот состоит в том, что вызывается особое «состояние рассеянности, душевного спокойствия и разряда напряжения», характеризующееся, следовательно, теми же самыми элементами, которые, как мы уже говорили выше, совершенно обязательны и для гипноза; детали этого метода прекрасно известны всякому гипнотизеру. Как и другие авторы, Сайдис придает большое теоретическое значение этому гипноидальному состоянию и утверждает, что оно может быть весьма полезно при лечении (гипноидальным он называет такое гипноидное состояние, которое, в отличие от описанных Брейером и Фрейдом, вызвано не истерией, а создано, подобно тем состояниям, которые описываются разными авторами, чисто искусственным образом).

1) Breuer und Freud, «Studien über Hysterie», 1895, S. 9.

2) Bingswanger, «Die Hysterie», 1904, S. 316.

3) Sidis, «The Psychology of Suggestion», 1898, p. 224 и «Psychopathological Researches», 1902.



Мы не станем заниматься опровержением этих преувеличенных заявлений, хотя есть врачи, менее знакомые с делом, на которых они и производили впечатление. Мы хотели бы только подчеркнуть, что ни одна из этих вариаций гипнотических состояний не вправе претендовать на какое либо особое, ей одной свойственное и существенное значение, что ни один из моментов, отличающих эти вариации друг от друга, не имеет какого либо общего значения и что ни одна из них, как с теоретической, так и с терапевтической точки зрения, не отличается такими свойствами, наличности которых нельзя было бы доказать в типическом гипнозе или в состоянии бодрствования.

#### ВНУШЕНИЕ НА ЯВУ.

Мы переходим к обсуждению внушения в состоянии бодрствования: это лечебный метод, получивший более широкое признание и распространение, чем гипнотическое внушение. Вскоре после того как приступили к научному обследованию гипнотических явлений, удалось открыть, что все эти явления в известных случаях могут вызываться, в особенности у истерических субъектов, и в бодрственном состоянии. Кроме того было установлено чрезвычайно важное в практическом отношении обстоятельство: у больных тех же самых терапевтических результатов можно достичь внушением в том же бодрственном состоянии. Получается такое впечатление, что подобные сну состояния, характерные для гипноза, не имеют значения для достижения лечебных внушений или во всяком случае не имеют важного значения. Мы знаем, что большинство гипнотических явлений, если даже не все без исключения, сводятся на соответственные внушения, которые принято делать больному при погружении его в гипнотическое состояние. Так, напр., Дессуар доказывает, что замыкание век во время гипноза обусловлено внушением и что, если избегать внушений, то и в самом глубоком гипнозе глаза пациента могут оставаться открытыми; мне лично, как вероятно и многим другим исследователям, неоднократно приходилось убеждаться в правильности этого утверждения. То обстоятельство, что столь многие явления, считавшиеся прежде характерными признаками гипнотического состояния, собственно говоря не присущи ему, как таковому, а представляют собою результат словесных внушений, ведет к тому, что становится еще более затруднительным установить различие между внушениями гипнотическими и негипнотическими.



Если врач приступает к применению внушения в его простой форме, в форме внушения в состоянии бодрствования, то ему достаточно одного: он должен убедиться в том, что больной находится, физически и психически в состоянии полного покоя, что нормальная активная мыслительная деятельность, развитие хода мысли по определенным путям, прекратилась, и вместо нее наступило состояние рассеянности. Убедившись в этом, врач может начать свои внушения, направленные на известные симптомы, совсем таким же образом, как и при внушении в состоянии гипноза. Все разлние в практическом отношении сводится прежде всего к тому, что отпадают подготовительные внушения, делаемые с той целью, чтобы вызвать гипнотическое состояние. Но в обоих случаях абсолютно необходимо, чтобы больной был совершенно убежден в том, что врач уверен в себе, что его вера в действие того, что он говорит, исключает всякие сомнения.

Если мы стали бы сравнивать терапевтические результаты, достигаемые с помощью внушения в бодрственном состоянии и в состоянии гипнотическом, если бы мы попытались определить сравнительную ценность этих методов, то мы увидели бы, что это далеко не так легко: да так оно и всегда бывает в тех случаях, когда дело идет о двух различных методах лечения.

А ргіогі следовало бы ожидать, что, в виду повышенной внушаемости, характерной для гипнотического состояния, восприимчивость к терапевтическим внушениям, а тем самым и успешность лечения, в этом последнем состоянии должны быть гораздо выше. Но при сравнении соответственных данных опыта это, повидимому, не оправдывается или, по крайней мере, не в той степени, как можно было бы этого ожидать. Объясняется это, по всей вероятности, тем, что подобные сну состояния гипноза в данном случае играют побочную роль, а отнюдь не существенную. Большинство врачей, у которых имеется навык в пользовании и тем и другим методом, придерживаются мнения, что едва ли имеются какие либо особые преимущества у внушения в гипнотическом состоянии по сравнению с внушением на яву; мой личный опыт дает мне право высказать такое же мнение. Исследователи той школы, которая впервые дала методу внушения его научное обоснование [Нансийская школа с Льебо (Liébault) и Бернгеймом (Bernheim) во главе], держались этого взгляда в течение многих лет. Форель, являющийся одним из ревностных сторонников гипноза, доходит даже до того, что совершенно отрицает всякое различие



между внушением наяву и в гипнозе, при чем как с точки зрения практической, так и с теоретической.

Заслуживает, кроме того, внимания, что целый ряд авторитетных авторов, применявших прежде гипноз, как Мильн (Milne), Брамвелль (Bramwell), Ван-Рентергхем (Van-Rentergem) и другие, отказались от его применения в пользу метода простых внушений: терапевтические внушения делаются ими либо в начале сеанса, так что они не считают нужным дожидаться, пока подействуют те внушения, которые должны вызвать в больном состояние гипнотического сна, или же они вообще отказываются от производства подобных внушений. Большое количество сообщений о достигнутых результатах дает нам право сделать совершенно определенное заключение, что для достижения хороших терапевтических результатов отнюдь не обязательно необходимо погружение больного в гипнотическое состояние.

#### ВНУШЕНИЕ В СОСТОЯНИИ СНА.

Мы должны упомянуть еще об одном способе воздействия с помощью внушения: о внушении во время сна. Некоторые исследователи [в особенности Веттершtrand (Wetterstrand)] доказали, что есть возможность вступить в раппорт с больным, когда он спит, и перевести его, таким образом, минуя состояние бодрствования прямо из состояния сна в гипнотическое состояние; как только установлен раппорт, можно достигать действия внушений и без гипноза в собственном смысле слова. К терапевтическим внушениям во время сна в большинстве случаев стали прибегать по отношению к таким больным, к которым не удается подойти с другими методами лечения, напр., по отношению к алкоголикам; но успехи, достигавшиеся в подобных случаях, никогда не бывали достаточно удовлетворительными, а практические неудобства такого метода совершенно очевидны. Метод этот применяли, кроме того, также и к не вполне вменяемым пациентам, оказывающим сопротивление попыткам показать их врачу; но в подобных случаях надо быть осторожным и не перейти границ, диктуемых врачебной этикой. У меня самого не было ни одного случая, где я мог бы с полным убеждением сказать, что подобная терапия имеет право на применение; зато по отношению к таким детям, которые вследствие слишком большой робости и застенчивости, мало доступны действию обычного метода внушения, метод, о котором идет речь, оказался весьма пригодным, и я имел возможность видеть хо-



рошие терапевтические результаты от его применения в подобных случаях.

До сих пор мы были заняты исключительно такими методами, в которых главную роль, как это совершенно открыто и признают, играет внушение; цель этих методов и состоит в том, чтобы производились подобные внушения лечебного характера. Но уже давно известно, что внушение в смысле личного влияния врача на больного играет исключительно важную роль даже и в тех случаях, когда врач и не ставит себе цели делать внушения, более того, даже тогда, когда он хотел бы определенно избежать внушений. В некоторых способах лечения эффект, зависящий от момента внушения, настолько значительнее всего, что обусловлено другими моментами, что нам представляется целесообразным рассматривать эти методы не иначе, как в связи с только что описанными.

#### УБЕЖДЕНИЕ.

Типическим примером такого метода является метод так называемого словесного убеждения. Бабинский делает попытку разделить словесные внушения на две группы, а именно на внушения неблагоприятные и, пожалуй, даже вредные, и на разумные и благотворно действующие. Первую группу он относит к «внушению», а вторую к «убеждению»; такова его терминология.

То состояние, в котором можно вызвать с помощью внушения какие либо симптомы или, наоборот, устранять таковые, он называет состоянием «питиатизма». Но между этими обоими видами душевных процессов нет никакого психологического различия; совершенно ясно, что весьма условно и зависит нередко от обстоятельств чисто внешних и несущественных, будем ли мы называть какое нибудь определенное внушение разумным или нет<sup>1)</sup>. Но все таки в попытке стать на путь более «рационального» метода, мы усматриваем зачаток некоего принципа, который явственно отличается от предпосылок описанного нами выше метода простых внушений.

Нововведение заключается прежде всего в том, что придается гораздо большее значение активному сотрудничеству самого больного в деле пересоздания своего душевного строя, так что отношение больного к процессу лечения перестает быть исключительно про-

---

<sup>1)</sup> Подробное изложение этой темы читатель найдет в работе Mohr, «Die Beziehungen zwischen Überredung und Suggestion», к каковой мы его и отсылаем.



стой автоматической реакцией на усилия и старания врача, как это бывает при лечении методом простого внушения. Иными словами, мы усматриваем в этом начальный момент того устремления, принцип которого мы положим в основание нашей классификации психотерапевтических методов. Врач делает попытку «апеллировать к разуму больного», он старается привлечь к себе на помощь тот душевный процесс, который носит название «обдумывания».

Этому виду терапии особенно много сил посвящал Дюбуа (Dubois), он усердно развивал этот метод, дал его подробное описание, без устали выступал в печати в его пользу; все это в связи с его собственными успехами в деле применения этого метода, привело к тому, что термин «рациональная психотерапия» прочно сочетается в нашем представлении с именем Дюбуа. Лечение убеждением исходит из того взгляда, что больной в силах оказать благотворное влияние на патогенные психические процессы в своем внутреннем мире, если врач помогает ему своими разъяснениями и руководством. Дальше мы увидим, как чрезвычайно важен этот принцип; но, конечно, это отнюдь еще не означает того, что всякая терапевтическая система, выдвигающая его, в состоянии действительно пользоваться им; и вот, что касается метода убеждения, то неудача в данном случае особенно резко бросается в глаза.

Возможность использовать этот принцип очевидно предполагает не только знание настоящей сущности патогенных процессов, устранение которых мы ставим своей задачей, но также и понимание тех обстоятельств и тех условий, при которых они возникли, благодаря которым они могут патогенно действовать. Без этих знаний, без такого понимания наша работа сводится к блужданию в потемках. Но метод убеждения, в том виде как его описывают все его защитники, совершенно не удовлетворяет этим требованиям. Соответственные симптомы оцениваются по их чисто внешнему значению, как если бы они были самими патогенными процессами; что же касается исследований их патологического значения и их происхождения, то исследования эти, если они вообще делаются, крайне недостаточны. «Объяснения» же, даваемые пациенту, во многих случаях представляют просто ряд банальных общих мест и затащенных истин; так, например, больного, страдающего боязнью пространства (агорафобией), успокаивают, убеждая в том, что с ним ничего не может случиться при переходе через площадь и что ему нечего бояться этого. И нетрудно понять, что врачу, которому эта проблема представляется в таком поверхностном виде,



остается одно: считать, подобно Дюбуа, симптомы неврозов за проявление достойной сожаления слабости интеллекта и недостаточности логической мыслительной деятельности; не надо особенно подчеркивать, что подобный взгляд находится в резком противоречии со всякими сколько нибудь непредвзятыми наблюдениями подобного рода больных.

У метода убеждения главным образом два недостатка. Во первых слишком уже переоценивается терапевтическое значение умственных процессов, процессов мысли и, наоборот, оставляются в пренебрежении гораздо более важные на самом деле аффективные явления. Дежерин (Déjerine), позже чем Дюбуа ставший заниматься проблемами убеждения, понял это и сделал довольно неудачную попытку объединения рационального момента в терапии и учета наличных аффективных факторов. Проблема эта по своей сути не логическая и не интеллектуальная, это проблема эмоциональной жизни, при чем деятельности рассудка и холодной логики положены в данном отношении определенные границы. Переоценка интеллекта и его значения основана на наивном взгляде, будто невротические явления суть следствия невежества, нерассудительности и недостатка естественной сообразительности, будто больной мог бы перестать мучиться своими симптомами, если бы можно было дать ему соответственный урок.

Итак, лечение ограничивается исправлением логических ошибок больного с помощью всякого рода поучений. Второе заблуждение метода состоит в допущении, что ненормальные душевные процессы, подлежащие устранению, являются процессами сознательными; это весьма важное недоразумение, ибо наличные симптомы, конечно, должны быть явлениями сознательными, но они ведь всего только поверхностные проявления весьма глубоко заложенных психопатологических процессов, о которых пациент ничего не ведает. До тех пор пока природа этих первичных расстройств остается неизвестной, нет, конечно, никакой возможности повлиять на них так или иначе; и все, что в состоянии сделать метод, не идущий в глубину, а остающийся на поверхности, это не больше, как временные изменения и перемещения чисто внешних проявлений.

Мы совершенно не сомневаемся, что всякий благоприятный результат, достигаемый с помощью «убеждения», сводится в главной своей части внушающему воздействию врача, так что мы вправе смотреть на этот метод как на вариацию только что рассмотренной нами группы. Но самое появление этого метода и инте-



рес, который он к себе пробудил,—это факты, имеющие большое значение, значение показателя недовольства методом внушения (стали чувствовать, что в нем много слепого и безотчетного) и стремление поставить психотерапию на более рациональное основание. И если в руках тех лиц, которые ограничили себя применением простейших методов убеждения, это стремление и не было достаточно плодотворно, то все таки, как мы увидим дальше, ему мы обязаны импульсом к более углубленному изучению соответственных проблем, которое привело затем к возникновению таких способов лечения, при которых патогенные процессы обследуются гораздо основательнее.

#### ВОСПИТАНИЕ ВОЛИ.

Мы упомянем еще про один метод, особенно защищаемый Леви; метод этот содержит в себе элементы последних двух упомянутых нами выше. При этом методе делается попытка разъяснить больному, что симптомы его не должны бы иметь места, что они основаны на логических ошибках и недостаточном владении собой и что их можно преодолеть, если прибегнуть к более значительным волевым усилиям, если развить большую «силу воли». Отношение врача при этом приобретает совершенно ясный оттенок морального осуждения, столь часто сказывающийся в отношениях к больным со стороны их родственников. Теория, на которой строится этот метод, содержит однако известное зерно истины. Ведь симптомы действительно обусловлены волей больного и могут быть устранены этой же волей, если под словами «воля» мы будем понимать всю совокупность желаний и стремлений, обнимающих собою как сознательную, так и бессознательную душевную жизнь.

Недостатки метода в том, что он игнорирует природу бессознательной патогенной «воли» и благодаря этому не создает никакого влияния сознательной воли на бессознательные тенденции, в том, что он стремится к абсолютному подавлению симптомов, не заботясь о том, чтобы силы, вызвавшие их к жизни и поддерживающие их существование, были бы направлены по соответствующему благоприятному пути. Чем подробнее произведено предварительное обследование случая, тем больше можно достичь с помощью этого метода; но на практике метод часто опускается до самых обыкновенных проповедей и нравоучений, успех которых в свою очередь зависит от того, насколько успешно одновременно производящееся лечение внушением.



# ОТВЛЕЧЕНИЕ.

В заключение мы скажем еще о методе, больше, чем предшествовавшие, отличающемся от внушения в чистом виде; метод этот носит название «отвлечения» («Ablenkung»). Он разработан главным образом Петнамом (Putnam) и его ассистентами Тайлором (Tailor) и Уотерманом (Waterman). Цель, которую ставит себе метод, состоит главным образом в том, чтобы отвлечь, насколько это возможно, внимание больного от симптомов его болезни и повысить его интерес к здоровым формам деятельности. Метод представляет, таким образом, расширенную форму так называемой «рабочей терапии», при чем однако, душевные способности отдельных больных принимаются в расчет гораздо больше, чем это принято делать при обыкновенной «рабочей терапии». Существует в настоящее время даже целый ряд учреждений, работающих в смысле создания подходящих внешних условий для подобного рода деятельности (Social Service Department при Massachusetts general Hospital в Бостоне, кроме того учреждения, связанные с недавно возникшим в Америке движением, носящим лозунг «Mental Hygiene»).

Так же как и методы, рассмотренные нами раньше, и этот метод никоим образом не действует радикально; но в известных случаях, в которых имеется на лицо достаточно сильное спонтанное стремление к выздоровлению, он все же может давать удовлетворительные результаты. Все дело в том, что действие этого метода имеет то же направление, что и эти спонтанные стремления. Если в случае истерии наступает излечение без всякого лечения, то это происходит оттого, что силы, действовавшие патогенно, оказались направленными по другим более здоровым путям. Мы хотели бы особенно подчеркнуть, что объяснение нами только что приведенное, гораздо точнее, чем другое, более общепринятое, по которому эти силы оказались замененными другими тенденциями, имеющими более нормальный характер. На деле же патогенная энергия получает только другое направление, а не замещается чем либо; это та же самая сила, деятельность которой проявляется то в симптомах, то в здоровых формах активности. Таким образом, принцип, на котором построен этот метод, совершенно правилен; несовершенство метода обусловлено только тем, что свойственная патогенным энергиям тенденция продолжать свое действие в прежнем направлении у весьма многих больных



определяется такими факторами, которыми этот метод не считает нужным заниматься. Другими словами, патогенные силы должны обладать известного рода подвижностью, чтобы пациент мог извлечь пользу из такого лечения; но эта предпосылка имеется налицо только в сравнительно очень небольшом числе совсем легких случаев.

Только при таких условиях можно достичь удовлетворительных результатов с помощью этого метода, хотя в качестве дополнения к более радикальным способам лечения он оказывается весьма и весьма пригодным. Это признал и Петнам<sup>1)</sup>, пользующийся в настоящее время одним из более сложных методов, методом психоанализа, «отвлечение» же он применяет теперь лишь в виде вспомогательного приема, в зависимости от характера случая. Основания, которыми мы руководились, излагая этот метод в связи с предшествующими, следующие: благотворное влияние достигается по большей части благодаря тому, что одобрение со стороны врача и его личное влияние поддерживают естественное стремление больного к выздоровлению; критический же элемент, состоящий в привлечении самого пациента к переработке патогенных факторов, далеко не играет главной роли.

### 3. ОБЩАЯ КРИТИКА МЕТОДА ВНУШЕНИЯ.

Каждый лечебный метод приходится оценивать с двух точек зрения: во первых, по тем эмпирическим результатам, которых удается достичь с помощью его применения; а во вторых, по степени согласованности метода с теми предпосылками, с которыми мы подходим к лечению какойнибудь болезни, каковые предпосылки в свою очередь вытекают из нашего способа понимания этой болезни. Очевидно, что из этих двух критериев большее значение принадлежит первому, и если результаты лечения оказываются гораздо крупнее и значительнее, чем мы ожидали на основании наших предпосылок, то эти предпосылки были вероятно несовершенны и недостаточны. Лечение истерии внушением не подходит однако под это описание. Как мы упоминали выше, временный успех иной раз бывает очень велик; воодушевленные сторонники гипноза (и врачи и не-врачи) не перестают, конечно, подчеркивать подобные успехи. Но кроме того во многих случаях благо-

---

<sup>1)</sup> К сожалению, эти данные в настоящее время приходится отнести к прошлому: так как за время, протекавшее с той поры, когда писались эти строки, Петнам умер к величайшему сожалению всех тех, кто его знал.



творное действие лечения оказывается даже стойким и длительным. И все таки, несмотря на это твердо установлено, что очень большое число больных, считавшихся поправившимися, в дальнейшем опять впадает в рецидивы, так что приходится снова приниматься за их лечение. Это, конечно, не могло бы быть решительным аргументом против применения метода, если бы у нас не было под рукой других методов, более ценных; но так как такие методы существуют, то нам следует серьезно отнестись к такому возращению, так как недостатки всякого метода лечения внушением как раз в том и состоят, что возможность рецидива обуславливается самой природой метода, и эту возможность никогда нельзя исключить. Эта возможность существует при всяком способе лечения, не затрагивающем эссенциального возбудителя болезни; к методу же внушения этот упрек относится в особенной степени. Дело в том, что этот метод абсолютно пренебрегает тем принципом, который мы выставили, когда мы рассуждали о лечении истерии вообще: мы подчеркнули ведь, что в высшей степени важно позаботиться об обследовании всех деталей душевной жизни больного, поскольку они относятся к возникновению его болезни. Пренебрежение этим правилом (не говоря уже о возможности некоторых нежелательных последующих явлений, на которые мы уже указывали в соответственном месте) ведет к тому, что врач находится всегда в полной неуверенности в том, что собственно происходит во внутренней жизни его больного в те или другие моменты. У него никогда не может быть уверенности в том, как пойдет дело дальше в том или ином случае: окажется ли он в числе тех счастливых больных, у которых эффект лечения стоек, или нет. Врач может надеяться на это, но у него не может быть ни малейшей уверенности. И даже в тех случаях, когда все терапевтические усилия врача вполне успешны, так что больной производит впечатление поправившегося, врач остается все таки в абсолютном неведении относительно всех тех скрытых и латентных тенденций к образованию симптомов, которые еще не проявили себя и которые могут однако проявиться,—как это часто и бывает, после того как оказались устраненными симптомы явные. По самой сути дела врач, при пользовании одним этим методом, может заниматься исключительно теми симптомами, которые видны на поверхности или же были таковыми в прошедшем; он не в силах предвидеть того, какого рода симптом может последовать в дальнейшем, и не в состоянии, поэтому, сделать что либо, чтобы



предупредить его появление или же даже воспрепятствовать его возникновению. Если поэтому у нас имеются другие методы лечения, которые основаны на изучении действительных возбудителей болезни и принимают их в расчет, если эти методы устремляют свое внимание на всю болезнь, а не только на наличные симптомы, если они в состоянии предупредить возврат прежних и образование новых симптомов, то нам придется, очевидно, предпочесть эти методы лечения.

С другой же стороны надо согласиться и с тем, что очень многие возражения, которые принято делать против метода внушения и особенности против гипноза, не имеют за собой достаточных оснований. Так, напр., часто приходится слышать упрек, что лечение слишком уже долго продолжается и требует нецелесообразно большой затраты времени; в иных, правда, очень редких случаях, требуется иногда до сотни сеансов, прежде чем удастся вызвать состояние гипноза. Индивидуальная оценка в этом вопросе, конечно, зависит от того, насколько серьезно будем мы смотреть на значение невротического заболевания, от прогноза, который мы в подобных случаях ставим, от наших взглядов на легкость или трудность лечения. Существуют случаи, при которых можно гордиться тем, что удалось поправить больного в течение пяти лет, и даже такие, где и этого количества времени еще недостаточно для излечения.

Далее приходится слышать, что пациент может подпасть под дурное влияние при применении подобных методов. Это опасение является вполне верным аргументом в пользу законопроекта, запрещающего не врачам занятие психотерапией, но по отношению к врачам это опасение не более серьезно, чем подобные же сомнения, когда заходит речь о возможности злоупотребления хлороформом, сильными наркотиками, острыми инструментами и прочими элементами терапевтической техники. Другой упрек, упрек в том, что при частых сеансах гипноза больной легко попадает в совсем нежелательное зависимое отношение от врача, содержит больше верного, чем все остальные, и если бы у нас не было других методов лечения, не отличающихся этим недостатком, то нам пришлось бы серьезно заняться вопросом, несколько выгоды этого метода перевешивают этот недостаток.

Если мы обратимся к теории внушения в ее отношении к терапии, что мы увидим, что все наши сформулированные выше требования вполне оправдываются. Я не могу пускаться здесь в



более подробное обсуждение этой темы и отсылаю читателя к соответственной статье в моих «Papers on Psycho-Analysis». Но все таки мне придется вставить несколько совершенно необходимых замечаний в этом смысле, дополнение к каковым будет дано в дальнейшем при обсуждении близких проблем в связи с более сложными лечебными способами.

Блейлер (Bleuler), Липпс (Lipps) и другие авторы доказали, что действие «словесного внушения», т. е. введение в психику пациента с помощью метода внушения некоторой определенной идеи, по сути дела основано на процессе аффективного внушения («аффективное внушение»), состоящем в том, что в больном благодаря личному влиянию врача пробуждается известное аффективное состояние.

Вследствие этого мы должны попытаться познакомиться с признаками этого состояния и с теми условиями, при которых оно может быть вызвано<sup>1)</sup>. Сущность аффективного внушения будет нам гораздо более понятна, если мы будем смотреть на него, не как на какое то особое душевное явление, ни с какими другими не сходное, а как на своеобразную вариацию более общих тенденций, встречающихся и у истеричных и у здоровых людей, у последних правда в меньшей степени, и если подойти к их изучению с этой точки зрения, то мы найдем, что аффективное внушение, являющееся базой внушения терапевтического, только одно из проявлений более общего механизма, который Фрейд назвал «перенесением» («Übertragung»); это «перенесение» в свою очередь не более как особая вариация того явления, которому Ференци (Ferenczi) дал недавно название «интроекции» («Introjektion»); последнее, наконец, представляет собой характерное выражение того «аффективного смещения» («affektive Verschiebung»), слишком сильное развитие которого крайне типично для истерии.

Понятия, обозначенные этими терминами, уже известны читателю из нашего прежнего изложения (стр. 27—30), так что достаточно краткой ссылки, чтобы вызвать их в памяти. Было уже доказано, что адекватная эмоциональная реакция истеричного,

<sup>1)</sup> Мы ограничиваем себя при этом исключительно понятием терапевтического внушения, которое в явной степени уже, нежели представление о внушении в социальном смысле; последнее разрабатывают Ле-Бон (Le Bon) и другие французские авторы, а также Троттер (Trotter) и Гарт (Hart) в Англии.



как, напр. чрезмерный аффект, проявляемый им по незначительным поводам, сводится к тому, что известное количество аффекта «переместилось» с некоторой важной идеи (первичная ситуация) на другую менее важную (вторичная ситуация), которая в каком то отношении похожа на первую и таким образом (бессознательно) напоминает о ней больному; в качестве примера мы привели ребенка, который боится всякого визита врача, после того как ему пришлось испытать боль при подобном визите. Под «интроекцией» же подразумевается склонность больного, особенно резко заметная при истерии, включать окружающую среду в свою собственную личность, «реагировать на все чисто личным образом» и расширять, таким образом, объем своего собственного я. Такой пациент сам почувствует мучительную растерянность, если он заметит, что, скажем, певец или докладчик запнулся; он бессознательно отождествляет себя с персонажем, которого он видит на сцене, — последний становится поэтому в его представлении частью его я; он чувствует с ним за одно, как если бы это был он сам. В этом мы находим объяснение для большей части явлений так называемой чувствительности невротиков, проявляющейся особенно в тех случаях, когда дело идет о чужих страданиях. Но интереснее всего явления интроекции, которые относятся к лицам окружающей среды (как и в выше приведенном примере). Все, что связано с ними, больной интроецирует в свое собственное я и переносит на них разнообразные аффекты, как, напр., любовь, ненависть и т. п., которые, возникнув в нем самом, относятся, быть может, к таким его отношениям к другим лицам, которые имели место в очень отдаленном прошлом.

Он повторяет свое прежнее эмоциональное переживание при встрече с таким новым человеком, который в каком нибудь отношении напоминает ему о другом, с которым оно первоначально ассоциировалось, и отождествляет таким образом и того и другого в своих представлениях.

Термин «перенесение» мы употребляем для обозначения этого явления, когда оно проявляется в отношениях больного к врачу. Явления перенесения были замечены на опыте, были установлены путем прямого наблюдения, так что это понятие представляет собою просто описание замеченных фактов, а не вывод из них. Мы уже указывали выше на то, что изменчивость и капризность, проявляемые пациентом в этих отношениях, сводятся к тому, что он отождествляет в своих представлениях врача с другими ли-



цами, к которым собственно говоря и относятся те недостаточно отработанные аффекты, которые он обнаруживает по отношению к врачу; в поведении врача или в его внешнем облике больной усматривает что-нибудь, что бессознательно напоминает ему о том человеке, который играл роль в его аффективной жизни, и больной реагирует на врача, как будто он и есть то самое лицо. Мы знаем, что таким образом могут проявляться самые разнообразные аффекты, как, напр., боязнь, ревность, привязанность, злоба и т. д. Но выражение «аффективное внушение» имеет в виду существование раппорта между врачом и пациентом, при котором переносятся только положительные аффекты, как, напр., чувство симпатии, дружбы, склонности или даже любви. Существенным и основным условием для того, чтобы терапевтическое внушение могло иметь успех, является как раз именно существование этого раппорта между врачом и больным, каковой раппорт складывается вследствие перенесения разнообразных положительных аффектов с одного лица на другое. Да и самый механизм успешных результатов лечения истерии внушением мы начинаем понимать, как следует, лишь после того, как убеждаемся, что скрытые причины болезни связаны с расстройством тех же самых положительных аффективных процессов, с помощью которых устанавливается раппорт, делающий возможным действие терапевтических внушений. Аффекты эти проявляются при истерии в форме симптомов, в этих симптомах и находит себе выражение их деятельность. Во время лечения эти аффекты оставляют, так сказать, этот способ своего проявления и находят себе поле деятельности в занятии личностью врача и в том чувстве притяжения, которое оказывает личность врача. Здесь мы и находим объяснение общеизвестному явлению, что больные, которых лечат подобным образом, попадают в зависимость от врача, зависимость, конечно, нежелательную. Некоторые из больных продолжают оставаться здоровыми после окончания лечения, но у большинства все таки снова появляется потребность в повторении курса лечения или вообще в создании сходной ситуации, предоставляющей возможность подобного, дающего удовлетворение, аффективного раппорта. После этого замечания нам понятно, как объяснить, что очень многие больные чувствуют всякий раз большое облегчение, когда к ним начинает проявлять интерес сочувствующий и понимающий их человек, или же если обстоятельства складываются настолько благоприятно, что им удается влюбиться.



Эти соображения проливают свет и на то, почему лечение внушением не везде в одинаковой степени полезно, и на то, почему стойкость благотворного аффекта столь неравномерна. Симптомы свежие, временные или изменчивые, скорее всего «излечимые», относятся обычно к числу таких, в которых накопленные положительные аффекты только отчасти, и весьма недостаточно, нашли себе выход и применение. Эти аффекты находят себе более подобающее применение в самых стойких и постоянных симптомах, которые с гораздо большим трудом поддаются устранению. Когда курс лечения протекает успешно, то с помощью раппорта, создающегося благодаря внушениям, удается отвлечь аффекты от того направления, по которому они устремлены, и связать их с более желательным представлением, а именно с личностью самого врача. Безуспешное лечение, наоборот, доказывает, что это представление (личности врача) оказалось недостаточно сильным, чтобы овладеть этими позитивными аффектами, т. е. пациент находит врача «несимпатичным» и вскоре обыкновенно прекращает лечение. Успех умеренный или временный означает, что представление это оказалось достаточно сильным, чтобы отвлечь на некоторое время положительные аффекты от принятого ими направления, но так как раппорт не поддерживается более путем постоянного общения и обоюдного интереса с обеих сторон, то действующая в противоположном направлении притягательная сила прежней направленности аффектов берет перевес, и больной впадает снова в свое прежнее состояние. Читатели наши будут вероятно очень удивлены тем значением, которое мы придаем роли, какую играет в мыслях больного личность врача, а также и связи этой роли с вышеупомянутыми положительными аффектами. Об этом пункте приходится судить не на основании одних простых наблюдений, но на основании тех фактических данных, которые мы получаем, изучая подробно психику больных, лечившихся уже внушением. После подобных распросов, не остается никаких сомнений, что этому фактору мы должны приписывать огромное значение. Какова же причина этого явления? Ференци доказал, что причина эта в том, что перенесенные на врача аффекты в прошлом относились к лицам, имеющим самое большое значение в жизни индивидуума: к родителям. При неврозах эти аффекты находятся в связи с самыми глубокими причинами заболевания.

Итак, существо дела при внушении заключается в том, что ситуация осложняется некоторым новым, предъявляющим извест-



ные притязания фактором, исходный же результат зависит от соотношения сил между этим новым фактором и давней тенденцией к образованию симптомов. Если после подобного лечения наступает стойкий успешный аффект, то это означает, что пациенту удалось, после отвлечения («Ablenkung») аффектов от их прежней направленности, отрешить их от личности врача и концентрировать их на интересах иного рода, личных или общественных, т. е. иными словами достичь цели «метода отвлечения». Но подобный успех достигается не часто, и причина этого в том, что интересы более общего характера обыкновенно представляются больному гораздо менее притягательными, чем два других способа аффективного удовлетворения, а именно, удовлетворения теми фантазиями, которые скрываются за симптомами, и удовлетворения, находящегося в представлении некоторой определенной личности; поэтому больной будет скорее колебаться между этими двумя последними способами, чем пожелает отказаться от них в пользу вышеупомянутых интересов.

#### ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ.

В заключение мы можем сказать, что и практические и теоретические соображения приводят нас к одному выводу; все большие минусы всякого рода способов лечения внушением надо искать в слепом применении метода. Результаты на деле обуславливаются тем, что мысль о личности врача занимает место прежних форм проявления патогенных аффектов. С психологической точки зрения это не более, как попросту замена одного симптома другим, а именно, замена симптома патологической зависимостью от врача, так как ведь и в том и в другом случае (и при невротическом симптоме и при наличии зависимости от врача) перед нами симптом диссоциированного, насыщенного неотреагированными аффектами комплекса. В благоприятных случаях это перемещение может дать пациенту возможность направить его болезненные тенденции по более здоровому направлению, при чем мысли и чувства, направленные на врача, будут играть роль своего рода промежуточной инстанции между первоначальным проявлением аффектов в симптомах и той формой их применения, которая представляется желательной: формой социальной активности. Но невозможно предсказать заранее, кто из больных достигнет этой цели и кто—нет, так как комплексы, имеющие этиологическое значение, остаются незатронутыми и неразрешенными.



Те тенденции, работа которых происходит скрыто, в данном случае и после лечения остаются теми же, какими они были и до него, так что в конце концов опять таки все зависит от «случая», т. е. от степени интенсивности этих тенденций, и от внешних условий, и этот «случай» и решает, будет ли пациент оставаться здоровым или нет. Эти тенденции можно с уверенностью направить только в том случае по полезному пути, если удастся изъять их из связи с диссоциированным комплексом. Но если это не сделано, то достаточно уже некоторого ухудшения во внешней обстановке (в смысле ее неприятности или непривлекательности), и больной снова перестает отдавать свои аффекты тем полезным внешним интересам, на которые они были устремлены, и начинает опять вкладывать их в создание невротических симптомов. Напротив, другие методы, с которыми мы вкратце еще познакомимся, пытаются устранить эти скрытые тенденции тем путем, что стараются подчинить их непосредственно личной воле пациента: они освобождают энергию, спаянную определенными факторами с некоторой патологической направленностью; они возвращают больному полную независимость от врача и делают его самого ответственным за свою собственную судьбу.

Что касается той сферы, в которой метод внушения оказывается применимым, то чем больше у меня накапливается опыта, тем все труднее и труднее представляется мне вопрос об установке границ этой области. Вначале я был того мнения, что внушение годится преимущественно для случаев инициальных и легких, а для случаев более тяжелых и серьезных надо прибегать к другим методам, более основательным и радикальным. В настоящее же время я склонен думать скорее наоборот и допускаю, что в случаях первого рода требуются как раз по большей части меры радикального характера, так как таким образом можно предупредить бесчисленное число очень тяжелых заболеваний тем более, что в легких случаях и результат бывает более удачным. В легких случаях можно рассчитывать вернуть полную работоспособность полезному члену общества, а в тяжелых надо считать за счастье, если удастся избавить больного от самого плохого, от самого жестокого несчастья; очень часто больше не на что и рассчитывать. Все больше и больше приходится понимать, насколько велики затруднения, возникающие при лечении тяжелых случаев, а случаи эти, вероятно, сравнительно легко поддались бы лечению, если бы начать искать их в более ранней стадии и если бы лечение носило более



серьезный характер. Я должен сказать, что я редко вижу основания, по которым следовало бы предпочесть метод лечения внушением более радикальным методам, когда дело идет о лечении истерии (и еще реже при других психоневрозах); и совсем не нахожу никаких оснований для подобного предпочтения, когда пытаются рассматривать эту тему со всех сторон. Поэтому применение методов внушения допустимо лишь в тех случаях, когда невозможно применить более ценные методы, как, например, в госпитальной практике, как это было во время войны, или же при наличии моментов, говорящих против применения более радикальных методов, как, например, в преклонном возрасте, при недостаточном развитии интеллекта и т. п.

Это, конечно, некоторое отклонение от нашей темы, но я думаю, что оно имеет интерес: я хотел бы обратить внимание, что недостатки, связанные с лечением внушением, не играют никакой роли (или очень небольшую) в случаях органических заболеваний; я думаю, что здесь перед нами плодотворнейшее поле для применения этого метода в будущем. Для пояснения я приведу три примера. Очень вероятно, что во всех случаях тяжелых органических заболеваний наступают со временем осложнения в виде присоединяющихся невротических факторов, так что по крайней мере известная часть страданий больного может быть устранена чисто психическим путем. При хроническом, неизлечимом заболевании — лучший пример это рак — вышеуказанное возражение против применения внушения, т. е. наступление в дальнейшем зависимости от врача, конечно отпадает, а больному может быть дано большое облегчение в тех случаях, где невротический элемент играет большую роль: жизнь пациента можно сделать гораздо менее невыносимой. То же самое можно сказать и о хронических заболеваниях, о туберкулезе в далеко зашедших стадиях. Вышеупомянутое возражение приходится, конечно, совершенно отбрасывать в сторону, если дело идет об острых состояниях того или другого рода. Со времени Эсдайлля (Esdailes) внушением стали пользоваться и для анестезии, что дало возможность выполнять с помощью внушения даже хирургические операции. Препятствия, возникшие на практике, в роде, например, необходимости продолжительной подготовки для достижения глубокой анестезии, помешали скольконибудь широкому применению внушения в этом направлении, но и помимо этого существует еще целый ряд претенциозных видов применения этого метода в области хирургии. Так, напр., перед



началом общего наркоза, в видах некоего предварительного успокоения можно применить внушение, и это часто поразительно хорошо действует как на самый процесс наркоза, так и на дальнейшее самочувствие больного; то же бывает и при более мелких хирургических пособиях, в роде перевязок при ранениях и ожогах, маленьких операциях без общего наркоза и т. п.; конечно, при этом приходится иметь в виду главным образом нервных пациентов. Наконец, надо упомянуть в виде последнего примера еще о кратковременных, опасных для жизни заболеваниях, при которых иногда не безразлично, в каком душевном состоянии будет находиться больной, пока не наступит критический поворот в сторону выздоровления. Эта область применения внушения систематически еще не изучена, но я убежден, что в этой сфере данный метод окажется весьма плодотворным и считаю, что он заслуживает гораздо большего внимания со стороны практических врачей, чем то, которое они до сих пор ему уделяли.

#### 4. ПЕРЕВОСПИТАНИЕ.

Мы знаем теперь, что лечение внушением основано по существу на том, что силам, устремленным на образование симптомов, противопоставляются другие силы, возникающие из аффектов, порождаемых личным отношением больного к врачу. Некоторые разновидности метода внушения, в особенности убеждение и отвлечение, образуют переход к тем методам, о которых мы будем говорить в этом отделе. От чистых методов лечения внушением эти методы отличаются весьма значительно: они стремятся преобразовать патогенные факторы, как таковые, и не ограничиваются одним только устранением проявлений этих факторов; при этих методах делается попытка достичь этой цели путем использования тех сил, которые являются на лицо в душевной жизни больного. Принцип, на котором основываются методы перевоспитания, состоит в изменении патогенных влечений путем их сочетания с влечениями другого рода, которые, как доказано на опыте, могут иметь на них благоприятное влияние. Гипотеза, на которой основывается этот принцип, заключается, выражаясь очень обще, в той мысли, что истерические симптомы возникают вследствие влияния психических травм (в роде шока, испуга, горя и т. п.) на организм с повышенной ранимостью, и что действия этих травм можно устранить, сочетая воспоминания об этих травмах с другими, менее неприятными эмоциями. Все сторонники этого метода, — исследователи, более или



менее подробно занимавшиеся изучением сущности и развития истерических симптомов, и все они согласны между собой в одном пункте: все симптомы этого рода, по их мнению, основаны на амнезиях, т. е. за всеми фактическими симптомами скрыты различные психические процессы, действовавшие в свое время при их возникновении, но подвергшиеся, однако, со стороны пациента полному забвению. Эти авторы придают столь большое значение амнезии, что большинство из них считает даже, что сущность истерии заключается в некоторой диссоциации или разложении психических процессов, в своего рода множественном расщеплении личности, и усматривает сущность выздоровления в собирании этих отщепленных единиц в некоторое целостное единство.

Один из способов лечения этой группы так и называется: «психосинтез». Эта точка зрения дает нам новый взгляд и заставляет нас предполагать, что задача преобразования патогенных влечений гораздо сложнее, чем мы могли вначале думать; несомненно невозможно удовлетвориться одними только поверхностными проявлениями, одними конечными продуктами болезненного процесса, и не обращать при этом внимания на те отщепившиеся единицы, которые находят себе в них выражение.

Открытие этих амнезий было сделано впервые в 1878 году (по поводу определенных анестезий); после него проблема истерии и ее лечения получила совершенно новое освещение. И если истерические симптомы основаны на отщеплении различных психических процессов от сознания, то следовало бы полагать, что важнейшей и существеннейшей задачей всякого основательного лечения должно быть стремление снова пробудить эти забытые воспоминания, сочетать друг с другом диссоциированные психические процессы и сознательные. Но как это ни странно, ни один из этих авторов не делает этого вывода, казалось бы столь очевидного, а если и делает, то с очень большими отступлениями. В общем они придерживаются того взгляда, что такое оживление прежних воспоминаний часто, правда, желательно, но далеко не всегда необходимо и само по себе никогда не достаточно. Мы узнаем в дальнейшем, что существует другая группа исследователей, которая, как раз наоборот, придерживается целиком этого требования в его первоначальной форме и утверждает, что все стремление должно быть направлено к тому, чтобы создать у больного удовлетворительное срастание отщепленных психических элементов с его сознанием, и мы познакомимся и с теми определенными причинами, по



которым эти авторы, признавая принцип диссоциации в теории, отказываются от соответственного логического вывода, вытекающего из этого принципа.

#### МЕТОДЫ ПЕРЕВОСПИТАНИЯ.

Методы, которыми пользуются отдельные исследователи этой группы, в некоторых пунктах разнятся между собою, так что рекомендуется рассмотреть их все по порядку. Само собою разумеется, что ни один из этих авторов не ограничивается одним каким-нибудь определенным способом, а варьирует способ лечения в зависимости от случая, с которым он имеет дело; но все таки для каждого из этих исследователей характерны некоторые определенные способы. Начнем с Пьера Жана (Pierre Janet), пионера на этом поле деятельности. Жане заботливо прослеживает историю развития имеющих у больного симптомов и уделяет при этом особое внимание тем травматическим эмоциональным переживаниям, которые с ними связаны. При этом он ведет свое обследование исключительно при условии погружения больного в гипнотическое состояние, в каковом, как известно, способность воспоминания идет обыкновенно гораздо дальше, чем в состоянии бодрствования. Для той же цели он применяет и другие методы, особенно такие, которые были найдены при исследовании бессознательных душевных процессов по поводу психического исследования так называемых медиумов. Примерами этих методов являются автоматическое письмо и смотрение через кристалл. При письме этого рода внимание пациента отвлекается, скажем, разговором, а рука его с карандашом покоится в это время на дощечке. В подходящих случаях и при благоприятных условиях происходит следующее: рука начинает писать фразы, связные или же бессвязные, при чем пациент совершенно не сознает ни содержания того, что он пишет, ни даже самого факта писания. Второй наш пример сводится к следующему: пациенту предлагают упорно смотреть в светлый и прозрачный кристалл (пациент должен находиться в совершенно спокойном состоянии и не испытывать никакого напряжения) или вообще на какой-нибудь предмет с блестящей поверхностью, например, на сосуд, наполненный водой («Lékanomantie»): при этом могут появиться образы, которые проецируются на эту поверхность. И в том и в другом случае удается иногда найти доступ к таким воспоминаниям (часто очень искаженным), которые были совершенно недоступны для сознания



больного. Но те непосредственные и ясные воспоминания, которые удается вызвать по этому способу, представляют собой только небольшую часть (и при том не самую важную) действительно существующего, но утраченного материала воспоминаний, да кроме того ни Жане и ни кому либо из остальных названных нами в этом отделе авторов не удалось найти такого метода, с помощью которого можно было бы разобрать и использовать эти искаженные элементы; это удастся нам в настоящее время с помощью психоанализа, как особенно хорошо доказывает в одной из своих работ Зильберер (Silberer)<sup>1)</sup>.

Жане, нисколько не задумываясь, пользуется и словесным внушением, доходя в этом отношении до того максимума, который может дать этот метод, до его границ. Он пытается таким путем ослабить интенсивность вскрытых благодаря исследованию аффектов и борется таким образом с их вредным влиянием. Но самый характерный для его манеры работать метод это, пожалуй, так называемый субституционный метод, метод замены («Substitutionsmethode»). Если он находит, что определенное представление насыщено аффектом, который должен вызывать болезненные действия, то он разлагает этот комплекс психических процессов и заменяет одну или несколько из его составных частей каким нибудь новым представлением или каким либо другим аффектом с той целью, чтобы изменить таким образом прежние ассоциации. Если, напр., выяснилось, что неприятное воспоминание состоит в представлении о том трупе, которого больной испугался, будучи еще ребенком, то он сделает попытку сочетать этот комплекс воспоминаний с приятными аффектами и представлениями, напр., с представлениями о цветах, об их виде и запахе, о звуках, веселой музыке и т. д. Все это будет иметь целью выключить неприятно окрашенные и болезненные ассоциации. Такие грубые замены, конечно, легче всего достигаются (и бывают всего более устойчивыми), если пользоваться сильными гипнотическими внушениями.

М. Пренс (Morton Prince) первый воспользовался в 1891 году термином «перевоспитание» в том смысле, о котором мы теперь говорим; его лечебные приемы похожи на только что описанные, но есть в них некоторые принципиальные отличия, правда, сравнительно незначительные. Важнейшее отличие его методов от ме-

<sup>1)</sup> Silberer, «Zentralblatt für Psychoanalyse», Jahrgang II, 1912.



тодов Ж а н е напоминает нам о разнице между методами убеждения и внушения; он меньше, чем Ж а н е, пользуется грубыми формами, в роде замены, и обращается более к разуму пациента; короче говоря, его отношение к больному в большей степени, чем у Ж а н е, является отношением к нему, как к разумному существу. С этой точки зрения его методы представляют решительный прогресс по сравнению с применяемыми Ж а н е, особенно если иметь в виду цель, которую ставит себе лечение. Средства же, какими достигаются результаты, в обоих случаях вероятно очень сходны между собой. Начальное обследование он производит тем же способом, что и Ж а н е (с некоторыми незначительными изменениями и дополнениями). Когда ему удалось раскрыть и определить патологические процессы и психические травмы в прошлом, то он идет дальше и старается объяснить пациенту их значение, пытается найти новые точки зрения на соответственные психические процессы, заставить пациента освоиться с ними со всех сторон, сочетать их с новыми аффектами и представлениями, пробудить общие интересы больного и, вообще, расширить его духовный кругозор.

#### ПРИЧИННЫЙ АНАЛИЗ.

В 1899 году Оскар Фогт (Oscar Vogt) описал свой метод, которому он дал многообещающее название причинного анализа («Kausalanalyse»). Этот метод не что иное, как систематическое созерцание своей собственной личности («Selbstbetrachtung»), каковое производится в особом состоянии сужения сознания (субгипнотическое состояние) и может быть проведено с успехом только такими лицами, которые были предварительно вытенированы в направлении точного самонаблюдения. Метод предназначался первоначально к тому, чтобы служить целям научного обследования этиологических проблем, и не ставил себе задач терапевтических. Фогт считает, что для последних целей этот метод пригоден только в очень небольшом количестве случаев. Я могу добавить, что вследствие тех границ, которые положены прямому самонаблюдению, метод не внес ничего существенного в исследование названных выше проблем. Фогт полагает, что метод должен применяться на очень ограниченном и небольшом, тщательно подобранном материале, да и то только в тех случаях, когда ничего не удалось достичь другими методами. В общем он придерживается того взгляда, что детальное обследование психических процессов, происходящих в больном, необходимо разве лишь



в очень редких случаях, и ограничивается обыкновенно применением более простых методов, тех, которые мы уже описывали в предшествующем отделе.

#### ГИПНОИДИЗАЦИЯ.

Б. Сайдис (Boris Sidis) обращает внимание на большое значение гипноидизации; это метод, о котором мы уже говорили выше в связи с разновидностями гипноза. По наступлении подобного состояния пациенту предлагается высказывать все мысли и воспоминания, которые придут ему в голову, совсем, как это рекомендовали несколькими годами раньше Брейер и Фрейд. Он утверждает, что результаты, достигаемые этим способом, основаны на устранении патогенного расщепления вследствие того, что из бессознательного чисто автоматически прорывается мощная психическая энергия, создающая спайку или синтез отщепленных до этого времени элементов. Гипноидальное состояние будто бы облегчает это появление психической энергии из бессознательной сферы.

#### ПСИХОСИНТЕЗ.

Так называет Беццолла (Bezzola) метод лечения, в сущности совершенно совпадающий с так называемым «катартическим» методом, разработанным Брейером и Фрейдом. Последним из этих авторов этот метод был в дальнейшем превращен в метод психоанализа. Беццолла не внес ничего оригинального, если не считать нового названия и решения остаться при всех недостатках и несовершенствах метода. Его примеру последовали Франк (Frank), Де-Монте (De-Montet) и некоторые другие и остановились на катартическом методе; они поступают неправильно, называя этот метод методом психоанализа.

#### autognosis.

Этот термин изобретен Вильямом Броуном (William Brown) для определения ненормального хода мыслей у больного; но автор этот несколько не обогащает наших методов, пригодных для этой цели.

#### АНАГОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ.

Этот метод, защищаемый Адлером (Adler), Юнгом (Jung), Мадером (Maeder) и Зильберером, значительно об-



стоятельнее и притязательнее, чем все остальные, приведенные нами в этом отделе. Но удобнее отложить обсуждение этого метода и сделать это после изложения психоаналитического метода, в виду особого отношения анагогической терапии к психоанализу. Упоминаем же мы о нем в данном контексте только в видах полноты изложения.

## 5. ОБЩАЯ КРИТИКА МЕТОДОВ ПЕРЕВОСПИТАНИЯ.

Прежде всего мы должны отметить, что по сравнению с методами, описанными в предыдущем отделе, эта система лечения представляет собою решительный шаг вперед, так как в противоположность к первым она ставит себе трудную задачу подойти к самым патогенным факторам, а не к одним их конечным продуктам. Помимо этого здесь гораздо более выступает на первый план и наш критерий «самодетельности», так как от больного требуется, чтобы он пересмотрел с точки зрения новых познаний свои болезненные тенденции и принял в свое сознание всевозможные забытые им травматические воспоминания. Цель этой системы следовательно гораздо притязательнее и гораздо серьезнее, чем цели прочих методов, так как подход к болезненному процессу в данном случае гораздо более глубокий. Хотя судить об этом довольно трудно, но все таки, повидимому, результаты этого метода, с практической точки зрения, превосходят успехи, достигаемые с помощью метода внушения (особенно же в смысле устойчивости лечебного эффекта).

Приступая к попытке формулировки рационального объяснения метода перевоспитания мы тотчас же сталкиваемся с тем фактом, что в основе этого метода лежит совсем иное понимание истерии, чем в основе метода внушения, так что перед нами возникает задача привести оба эти взгляда, если возможно, к некоторому единству, согласовать их. Воззрение, описанное нами в связи с методом внушения, смотрит на симптомы, как на продукты деятельности различных патологических стремлений или влечений («*Strebungen*») больного, но природа и существо этих стремлений представляются однако неопределенными и темными. Некоторые из них приписывались влиянию чисто внешних факторов, вредным внушениям, попавшим на особую почву: на особо восприимчивую психику; важнейшие же из них повидимому суть ни что иное, как более или менее сильно выраженные эгоцентрические тенденции, полусознанные планы достижения эгоистических целей,



страсть к симуляции, как к таковой, искание сострадания и т. п., короче говоря, это самые разнообразные душевные стремления.

Число врачей, применяющих терапевтическое внушение очень велико, и мы находим среди них самые разнообразные представления о существе этих патологических влечений; большинство этих воззрений совпадает однако в одном очень важном пункте, а именно в том, что эти тенденции рассматриваются, как нечто динамическое, как активные процессы, стремящиеся найти свое выражение (сознательно или бессознательно). Согласно этому воззрению существенным моментом лечения внушением является следующее: внушение вводит некоторую внешнюю силу и заставляет ее действовать в направлении, противоположном тем патологическим силам, которые производят симптомы; эту внешнюю силу мы свели на аффективное влияние или на то притяжение, которое исходит от личности врача. При лечении, следовательно, пускается в ход одна сила против другой, при чем успех зависит от того, какая окажется сильнее.

Другое понимание, то самое, на почве которого возникла гипотеза перевоспитания, на первый взгляд совершенно несовместимо с предыдущим, так как, заменяя динамическую точку зрения скорее статической, оно, очевидно, прямо отрицает другое толкование. Симптомы при этом рассматриваются, как последствия различного рода психических травм, шока, испуга и т. п., о которых сохраняются следы в виде воспоминаний, каковые следы ведут себя на подобие инородных тел. Вместо того чтобы побледнеть с течением времени и постепенно утратить свою действительную силу, эти аффекты, связанные с травматическими переживаниями, сохраняют будто бы свою полную силу и эффективность в совершенно необычной степени. Что дело действительно обстоит так, что нормального ослабления силы аффекта в таких случаях не происходит, это можно часто доказать на совершенно конкретных примерах. При вызывании забытых воспоминаний о какомнибудь переживании мы часто находим, что сопровождающий воспоминание аффект столь же жив и интенсивен, словно это событие случилось не год тому назад, а только что. Это соотношение вещей вполне согласуется с выставленным нами в главе, посвященной обсуждению лечения истерии, утверждением, что подобные больные вообще в слишком сильной, отличной от нормы степени подвержены влиянию своего прошлого и в известном смысле больше живут в своем прошлом, чем в насто-



ящем. То обстоятельство, что прежние аффекты в такой ненормальной степени сохраняют свою действенную силу, эта гипотеза считает возможным отнести за счет общей конституциональной недостаточности больного, каковая недостаточность может быть в свою очередь обусловлена наследственным отягощением, неправильным воспитанием, может быть даже физическими недостатками или какими нибудь другими менее важными факторами.

Но в чем заключается действительная сущность этой недостаточности — остается в тени. Помимо этого представители взглядов, лежащих в основе метода перевоспитания, в гораздо большей степени, чем представители другого понимания придают важное значение существованию бессознательных возбудителей болезни: они даже утверждают, что те активные психические процессы, которыми вызываются симптомы, остаются по большей части совершенно неизвестными для самого больного; иными словами, травматические влияния продолжают оказывать свое воздействие, но подверглись забвению. Это утверждение в сочетании с прежде упомянутыми соображениями особенно характерно для взглядов Жанае: он объединяет все эти идеи и строит предположение, что у истерических субъектов существует особая прирожденная тенденция к психической диссоциации, или, иными словами, что у них, в противоположность нормальным людям, имеется врожденная неспособность к сознательной переработке известных переживаний, т. е. недостаточная способность к синтезу.

Не трудно видеть, и это весьма важное обстоятельство, что это последнее воззрение обуславливает собой такое отношение к больному, такую установку, в которых несравненно больше понимания больного и терпимости, чем при взглядах, характерных для метода внушения. Здесь уже не чувствуется более порицаний эгоизма и моральной испорченности, самое большее разве известная доля презрительного сострадания к их пониженной сопротивляемости. Нет речи о том, что можно свалить на самого больного часть ответственности за его состояние, и ни слова о том, что он сам в нем виноват.

Напротив, как раз то обстоятельство, что больной совсем не знает причин своих симптомов, что они возникли вследствие влияния тяжелых травматических переживаний на дефектную психическую конституцию, — это то как раз и заставляет смотреть на больного, как на несчастную жертву таких условий, по отношению к которым он совершенно беспомощен, как на человека, разда-



вленного судьбой, которому необходимо подать помощь и к которому надо отнестись сочувственно. Это различие в отношениях и в установке является логическим следствием различия между динамическим пониманием, рассматривающим истерию, как проявление извращенной воли, и статическим, усматривающим в ней следствие злосчастных внешних случайностей.

Предшествовавшие соображения раскрывают перед нами резкое противоречие этих двух точек зрения, воплощенных в двух лечебных системах: в внушении и в перевоспитании.

По нашим личным взглядам обе эти точки зрения содержат в себе известную долю истины, и вследствие этого мы и не можем ждать ни от одной из них законченной теории истерии, так как обе они оставляют без внимания известные стороны проблемы.

Мы уже говорили выше о несовершенствах той гипотезы, на которой базируется метод внушения; нам остается сделать то же самое и в отношении метода перевоспитания. Можно сказать в общем, что эти недостатки происходят от того, что теория выходит за пределы данных наблюдения, и все их можно объяснить очень большим несовершенством тех методов, с помощью которых ведется и обследование и лечение больных.

Можно установить три определенных момента, в которых проявляется несовершенство этой гипотезы.

1. Первый из этих моментов касается уже охарактеризованного нами выше динамического характера истерии, недостаточно оцениваемого этой гипотезой. Если мы даже согласимся с тем, что больной действительно страдает от последствий давней психической травмы, то все таки остается совершенно непонятным, почему он пользуется своим страданием, извлекая из него выгоды в таком большом объеме, чего обыкновенно никогда не видно при физических травмах. Кроме того эта намеренность, т. е. деятельность какой то воли, гораздо более характерна для бессознательных факторов, действующих при возникновении истерии, чем для выше обсуждавшихся сознательных моментов, а это почти совсем не учитывается авторами, о которых сейчас у нас идет речь.

2. Второе слабое место гипотезы заключается в том, что те этиологические факторы, которые, с помощью применяемых для этой цели методов, раскрываются во время подготовительного обследования, представляют собою, правда, ценный материал для



освещения прошедшего и патогенеза симптомов, но они все таки не дают исчерпывающего и окончательного объяснения.

Этого пункта мы касаемся только слегка, так как он, собственно говоря, относится к сфере психопатологии, а не терапии, однако мы приведем все таки один пример для пояснения нашей мысли. Может статься, что при изучении какогонибудь определенного симптома удастся раскрыть его историческую связь с определенным травматическим переживанием; так, напр., можно установить, что какоенибудь дрожание в правой руке появилось впервые в момент внезапного испуга — о котором больной не вспоминал — и с тех пор стойко держалось. Мы вполне согласны с тем, что эта травма имеет большое этиологическое значение, но это открытие совершенно не объясняет нам, почему произошло именно дрожание, а не паралич, и почему именно дрожание в правой руке; почему, кроме того, вообще развился симптом как следствие этой травмы, в то время как другие травмы, по всей видимости куда более тяжкие, не производят никакого воздействия. У нас имеются под руками сообщения о целом ряде исследований, где удалось установить гораздо более близкую и существенную связь между природой травмы и симптомом, чем это сделано в случае нашего примера, который однако вполне достаточно демонстрирует нам эту неполноту (мы нарочно выбрали грубый пример для простоты). И при всяком исследовании, которое производится теми методами, о которых мы говорили, всегда можно открыть такие черты, которые останутся не освещенными, всегда найдутся вопросы без ответа, проблемы без решения.

3. Третий момент — это та неясность и непонятность, в силу которой — если сущность истерии заключается в диссоциации, и выздоровление не что иное, как синтез — почему то совершенно недостаточно спайки отщепленных элементов для того, чтобы наступило выздоровление. Судя по построениям диссоциационной гипотезы, мы должны были бы ожидать, что только это одно и необходимо, а между тем авторы группы, о которой у нас идет речь, совершенно единогласно высказываются в том смысле, что, в соответствии с их опытом, этот синтез должен быть дополнен еще другими приемами в роде замены, внушения и т. п. Какова же причина такого противоречия между теорией и практикой? Дело в том, что, как мы уже сказали, обследование отщепленных элементов остается всегда очень неполным, так что и их слияние никогда не удается настоящим образом, как это



требуется терапией. Погрешность несомненно в самой технике исследования, так как можно доказать, что ни один из методов, о которых мы говорили, не в состоянии проникнуть в психические процессы, оттесненные в бессознательное, далее известного предела. И постепенно приходишь к убеждению, что, даже когда речь идет об одном единственном симптоме, мы, вероятно, всегда имеем дело с множественностью патогенных факторов, и что симптом представляет собою конечный продукт не одного какого-нибудь единственного возбудителя, а всех этих факторов. Открыть при обследовании некоторые из этих факторов дело не только не невозможное, но даже очень нетрудное; сперва обыкновенно мы находим факторы менее важные, так как они расположены более поверхностно и легче доступны. Но полное освещение патогенеза какого-нибудь истерического симптома представляет собою гораздо более трудную задачу, чем это обыкновенно принято думать, и многие исследователи слишком быстро удовлетворялись своими первыми находками, а эти находки, как только что сказано, обыкновенно самые несущественные.

#### ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ.

В заключение мы можем сказать, что исследования, произведенные в связи с системой лечения по методу перевоспитания, дают нам возможность гораздо глубже заглянуть в происхождение и в существо истерических явлений, чем при методе внушения; исследования эти открывают кроме того перспективы на целый ряд имеющих большое терапевтическое значение проблем. Но они не дают нам никаких сколько-нибудь удовлетворительных решений этих проблем, а недостаточность терапевтических результатов сводится к недостаточности результатов обследования, достигаемого с помощью этих методов.

Обеим гипотезам, лежащим в основе этих двух терапевтических систем, можно сделать упрек в односторонности, так как в обоих случаях все внимание сосредоточивается только на некоторых сторонах проблемы, а другие остаются незатронутыми. Вторая гипотеза шире первой и более приближается к истине, чем первая. Здесь впервые появляется чрезвычайно важный терапевтический принцип, а именно принцип спайки, слияния отщепленных элементов; он резко отличается от принципов, лежащих в основе метода внушения, и нам придется в дальнейшем подвергнуть его подробному обсуждению.



Исследователи обсуждаемой группы не могли сделать логических выводов из этого принципа, тех выводов, которые чрезвычайно важны для терапии: это им помешало сделать те несовершенные методы обследования, которыми они пользовались; в их построениях, следовательно, не могло быть и речи о достижении полного синтеза. И только после выработки более основательного метода явилась возможность использовать этот принцип в качестве практического терапевтического правила и решить окончательно разнообразные проблемы, возникавшие в связи со всеми этими терапевтическими попытками. Потерпев крушение в своем стремлении обосновать новый и удовлетворительный по своим результатам метод лечения, исходя из травматической статической гипотезы, исследователи эти на практике вернулись вновь к испытанному средству, к внушению и принялись расширять сферу его применения. И вполне вероятно, что значительная часть терапевтических успехов, достигнутых представителями методов перевоспитания, объясняется ни чем иным, как именно действием внушения, в форме ли прямого словесного внушения, или аффективного раппорта между врачом и больным, создающего возможность влияния словесных внушений. Иногда благоприятные результаты без сомнения сводятся также и к синтезу отщепленных элементов, как бы несовершенно он не был выполнен: к ликвидации скопившихся и вытесненных аффектов путем доведения их до сознания и к приобретению пациентом рассудительности и умения владеть собой, достигаемых им вследствие выработки в себе способности судить с некоторой новой точки зрения о тех вещах, которые раньше его так мучили. Но большая доля успеха все таки, вероятно, объясняется внушением, которое, может быть, даже приобретает в данном случае больше силы, поскольку патогенные факторы, на которые оно направлено, при этом способе до известной степени становятся все же несколько более доступными и понятными; вследствие этого мы имеем здесь все те недостатки и дефекты — хотя и в меньшей степени — о которых мы уже говорили в предыдущем отделе: отсутствие уверенности в том, как будет развиваться дальше состояние пациента, очень небольшая стойкость благоприятных результатов и т. п.

Лечебному методу, о котором мы будем говорить в следующем отделе, выпало, наконец, на долю окончательно устранить недостатки, свойственные методу лечения внушением; этому новому методу удалось помимо того объединить и сочетать друг с другом



противоборствующие терапевтические системы и задачи и поставить лечение истерии на прочную базу правильного разумного понимания.

## 6. ПСИХОАНАЛИЗ.

Метод этот, созданный Зигмундом Фрейдом вначале исключительно в видах обследования и лечения истерии, оказался в дальнейшем несравненно более пригодным, чем это казалось вероятным или даже только возможным; он требует поэтому гораздо более пространныго изложения, чем другие методы с более ограниченными задачами и притязаниями. С помощью этого метода стали подробно изучать проблемы других психоневрозов, проблемы психозов, а также и нормальной психологии. Применение метода не остановилось на одном только изучении настоящего, а распространилось и на прошедшее; это относится, как к индивидуальной психологии в форме исследований гениальных и истерических личностей, так и к психологии народов в форме мифологии, филологии, антропологии и фольклора. Результатом этих широких исследований явилось углубление нашего понимания психических механизмов вообще и целый ряд новых идей в психологии, более того создание целой новой психологии. Такое углубленное понимание во всех этих областях, не имеющих на первый взгляд ничего общего с истерией, оказалось в свою очередь чрезвычайно ценным при изучении более узкого круга проблем, связанных с неврозами; оно дало возможность вскрыть ту связь, то общее, что характерно для всех проявлений человеческой фантазии, как здоровой, так и больной. И это расширение сферы применения метода и новизна многих идей чрезвычайно затрудняют изложение, если оно рассчитано на краткость; ограничиться же одними чисто терапевтическими задачами означало бы совершенно отказаться от ясности и понятности изложения. Но все таки я надеюсь, что удастся с достаточною ясностью изложить по крайней мере основные принципы; чтобы облегчить себе эту задачу я начну, прежде чем перейти к описанию самого терапевтического метода, с некоего общего вступления.

Мы начнем с того, что продолжим развитие тех соображений, с которыми мы познакомились уже в предшествовавших отделах, при чем отметим сразу же, с самого начала, что все эти утверждения мы берем из учения Фрейда о неврозах и что они основаны на исследованиях, произведенных психоаналитическим методом.



Мы отметим в первую очередь те пункты, в которых эти исследования подтверждают некоторые общие заключения, сделанные на основании других наблюдений. Фрейд совершенно согласен с теми открытиями, которые нашли свое выражение в гипотезе о перевоспитании; он совершенно согласен с тем, что всякий истерический симптом построен на некоторой амнезии, или даже на целом ряде амнезий; с тем, что патогенные симптомообразующие факторы состоят в некотором количестве психических процессов, о которых сам больной по большей части ничего не знает, и что в числе этих психических процессов обыкновенно, хотя быть может и не всегда, существуют и утраченные воспоминания о связанных с чувством неудовольствия (травматических) переживаниях. Таким образом одной из существенных составных частей этой теории является понятие о бессознательной деятельности или активности бессознательного душевного материала. Но Фрейд не удовлетворяет та гипотеза, что патогенная активность травм обусловлена их падением на почву лабильного психического предрасположения (*Disposition*), хотя, конечно, совершенно ясно, что здесь действительно играет роль некоторый второй фактор (помимо травмы), хотя бы по тому только, что те же травмы не имеют никаких болезненных последствий у других лиц. Вместо того, чтобы статуйровать какую то неопределённую конституциональную недостаточность (*Minderwertigkeit*), считая ее этим вторым фактором, он старается проникнуть в глубину этих соотношений путем точного определения того, как реагировал больной на травматическое переживание; изучение отношения больного к подобному переживанию и дает нам затем ключ к пониманию известных особенностей истерической реакции в отличие от реакции нормальной.

Одна из этих особенностей состоит в том, что к каждой своей мысли о травматическом переживании больной относится так, как будто ему следовало стыдиться этого, точно он виноват в том, что оно произошло; он отказывается говорить о нем, избегает о нем думать, уклоняется от всякого ясного представления о нем и старается отклонить самое воспоминание о нем, или, пользуясь принятым техническим выражением, старается воспоминание это «вытеснить». Получается впечатление, будто он подготовлен к этому переживанию какими то прежними, более ранними душевными проявлениями, которых нет у человека нормального; будто это переживание каким то повидимому непонятным образом напомнило ему о каких то прежних мыслях, в существовании которых он не



хотел сам себе признаться; и вот при дальнейшем исследовании оказывается, что впечатление это вполне обосновано. Хорошим примером такой душевной ситуации может служить случай с девушкой, отдававшей в течение некоторого времени сексуальным фантазиям, с полусодроганием и полунаслаждением представлявшей себе акт нападения на нее с сексуальными целями; представим себе, что эта девушка фактически подвергается подобному нападению. Нам понятно, что эта девушка будет иначе реагировать на эту травму, чем другое лицо; ее фантазия, ее неопределенное желание реализовались, осуществились, и она испытывает чувство вины, будто она сама отчасти ответственна за всю эту ситуацию. И вот очень характерно для поведения таких девушек, что они никому не говорят об этом переживании, даже матери, и опыт показывает, что дети, скрывающие такого рода переживания, гораздо легче других бывают жертвами таких порочных нападений; они обнаруживают, может быть и не намеренную, но все же и не совсем случайную склонность попадать в такие места, где обстановка благоприятствует подобным нападениям; этим самым они показывают, что чувство вины, бывающее у них в дальнейшем, не совсем необосновано. Оказывается, что испытывание подобных травм (телесных и душевных) бывает гораздо чаще, чем можно было бы поверить, что оно наполовину прямо таки провоцировано, — таким лицам можно «приписать» травматофильное предрасположение («Traumatophile Disposition»).

Особое отличное от нормы значение таких переживаний, как только что приведенное, достаточно понятно и без дальнейших объяснений; но оно далеко не так понятно, когда дело идет о переживаниях более невинного свойства или же о таких, которые определяются исключительно внешними случайностями; так, напр., когда дело идет о внезапном потрясении по поводу смерти близкого родственника, испуге во время пожара и т. д. Но и в данном случае Фрейд нашел связь переживания с затаенными прежними мыслями больного, и единственное различие между этими примерами и прежним только в том, что ассоциация травматического переживания с предшествовавшими психическими процессами не столь прямая, не столь непосредственная, вследствие чего она и легче ускользает от наблюдения врача.

Результат подобных исследований состоит, следовательно, в том, что важное значение придается не травматическому переживанию, как таковому, но предшествовавшему ему развитию ду-



шевной жизни больного, при чем момент открытия травмы является главным образом исходной точкой для дальнейших обследований установки больного к ней, его к ней отношения, а не принимается просто как объяснение всех последовавших за тем симптомов.

Фрейд подметил при своих исследованиях в этом направлении, что психические процессы, которые связаны с симптомами, а также и с травматическими воспоминаниями, если таковые существуют, всегда содержат затаенные мысли, о которых больной, если и знает, то во всяком случае будет говорить лишь с большим сопротивлением, или же такие, в самом существовании которых он не хочет самому себе признаться. Какие же основания у больного относиться таким образом к подобным мыслям? Основания эти совершенно очевидны. Мысли эти такого рода, что они несовместимы с «высшими» понятиями о приличии, долге или морали; по этой причине сознание больного отвергает эти мысли, как неприемлемые для него. Совокупность всех этих задержек, имеющих тенденцию отгонять мысли известного рода, удалять их, т. е. препятствовать их осознанию, Фрейд объединяет в одно целое и называет всю эту сумму душевных процессов общим термином «цензура», вследствие сходства между ними и деятельностью цензуры (в печати и в обществе), также носящей тот же характер бдительности и отбора.

На основании этих наблюдений удалось решить наконец важную проблему диссоциации. Диссоциация психических процессов, их отщепление от сознания, их «вытеснение» в область бессознательного происходит в тех случаях, когда они или сами по себе несовместимы с «высшим» уровнем социально-этических сознательных стремлений личности или же когда они находятся в тесной связи с другими психическими процессами подобного предосудительного характера.

Короче говоря, диссоциация — результат вытесняющей деятельности цензуры. Деятельность эта, как уже намечено выше, охватывает гораздо более широкий круг психических процессов, чем те, которые по самой сути подлежат veto цензуры; ведь и в средние века, когда на изменника отечеству налагалось изгнание, то приговор судьи падал обыкновенно не только на него самого, но и на его семью, друзей и всех людей с ним связанных. Получается такое впечатление, будто происходит следующее: чтобы наверняка обеспечить невозможность появления какой либо мысли в сознании, как бы принимаются меры, чтобы и другие мысли, с нею связанные, которые могли бы пробудить ее, также не допускались в сознание.



При дальнейшем проникновении в существо психических процессов, определяющих ненормальную реакцию пациента на всякую психическую травму, Фрейду стало ясно, какое колоссальное значение имеет в этом отношении деятельность фантазии; и, действительно, одно из главных учений Фрейдовской психологии посвящено выяснению взаимоотношений между фантазией с одной стороны и приспособлением к требованиям реальности с другой. Однако не одних только взаимоотношений между ними вообще, но и конфликтов, порождаемых этими соотношениями. Большая доля всей нашей душевной жизни построена на контрасте между этими обеими тенденциями. Всякий раз, когда в человеке зарождается какаянибудь потребность, желание или стремление, перед ним открывается необходимость между двумя возможными способами его удовлетворения. Способ более легкий, и можно сказать инстинктивный, состоит в том, чтобы представить себе удовлетворение уже осуществившимся, питать эту фантазию, и смаковать ее в своем воображении; и способ этот будет, конечно, тем более предпочтителен, чем больше трудностей сопряжено с исполнением этого желания или чем больше усилий требуется для его достижения; примерами этого могут послужить юношеские сны на яву («Tagträume») о блестящей карьере или о красивой и очаровательной спутнице жизни. Другой способ более труден, но дает зато прочное удовлетворение: он состоит в обращении всей своей энергии на внесение перемены в реальную внешнюю ситуацию с тем, чтобы добиться осуществления желания в действительности. Оба эти процесса, конечно, не совсем независимы друг от друга, потому что первоначальная фантазия играет обыкновенно важную роль для решения вопроса о том, каков должен быть способ действий, которого надо в дальнейшем держаться. Фантазия эта является кроме того и мощным импульсом, так как влечет данное лицо вперед, рисуя перед ним живую и заманчивую перспективу наслаждения, которое принесет с собой удовлетворение желаний.

Фантазия играла огромную роль в истории развития человечества. Не только в том смысле, что она была единственным средством для удовлетворения таких внутренних желаний, исполнению которых препятствовали внешние ситуации и возможности. Дело в том, что фантазия представляет собою самую примитивную и самую важную форму душевной деятельности. Она поэтому особенно характерна для душевной жизни ребенка и дикаря. Мы все прекрасно знаем, насколько сильно развито воображение у



детей; игрушечный конь для ребенка означает настоящую лошадь, купальный чан это корабль пиратов, метла—рыцарское копьё. Что касается народов нецивилизованных и даже отчасти и цивилизованных, то достаточно только подумать о широком распространении магических и оккультных действий, представляющих собою не что иное, как кратчайший путь к удовлетворению самых различных желаний. Мы недостаточно ясно отдаем себе отчет в том, как неохотно и как медленно человечество отказалось от этого способа удовлетворения желаний и до какой степени еще не совсем заменило оно его другим методом: методом приспособления к реальности. Здесь особенно важным моментом является сильная тенденция предаваться фантазиям, когда дело идет о таком желании, которое удовлетворимо лишь с трудом или даже вовсе неудовлетворимо. Женщина, потерявшая мужа, смерть которого разрушает ее совместную жизнь с ним, находит утешение или в воспоминаниях о счастливом прошлом или же в мыслях о воссоединении с ним в каком то блаженном будущем: она не в состоянии выносить тяжелую реальность настоящего. Весьма немногие умы способны смотреть действительности прямо в глаза, действительности во всей сложности ее проявлений. И целые народы вынуждены были обратиться к фикции какого то воображаемого иного мира, чтобы жизнь в этом мире могла казаться сносной, или чтобы иметь в виду по крайней мере хоть какую то компенсацию за все то тяжелое, что приходится переносить в этой жизни.

В настоящее время является общепризнанным, что фантазии принадлежит выдающаяся роль в душевной жизни истеричных, как это доказывает, например, их склонность к грезам, к снам наяву. Вообще истерия, пожалуй, лучший пример болезни фантазии. Воображение истерика оказывает гораздо большее влияние на его психические и физические функции, чем у нормального человека. И это чрезмерное развитие фантазии, развитие за счет приспособляемости к требованиям реальности приходится считать существенным признаком этой болезни. Нет ничего исключительного в том, что у этих больных переживания фантастические, воображаемые имеют то же значение, как и реальные; так, напр., воображаемая травма может иметь те же вредные последствия, что и реальная, так что практически совершенно безразлично, соответствует ли действительности какое нибудь определенное травматическое воспоминание, извлеченное специальным исследованием из бес-



сознательного, или нет; и в том и в другом случае действие этого воспоминания на больного будет совершенно одинаковым.

Мы знаем, какое значение имеет для истериков их воображение, и теперь нам понятно, какое значение имеют для развития их симптомов неприятные переживания, понятна и та ненормальная интенсивность, с какою влияет на них их прошлое. Это объясняется тем, что, как уже сказано выше, всякое несчастье в реальной жизни и особенно невозможность удовлетворить различные желания дает каждому человеку повод к тому, чтобы представить себе и счастье и удовлетворение в фантазии. Имеются различные причины тому, почему пациент ищет утешения прежде всего в фантазиях из своей прошлой жизни: отчасти это потому, что фантазии эти одна из двух возможностей, с помощью которых совершается бегство из ненавистной действительности; ведь бегство это возможно или в прошедшее или в будущее; первая из этих возможностей представляет собою первичный способ, так как мечты о будущем строятся в конечном итоге из материала, данного воспоминаниями о прошлом. Вот простой и очень типичный пример «бегства из реальности» (*Flucht vor der Realität*) в счастливое прошлое: это тот вид истерических делириозных состояний, который часто наблюдается в тюрьмах у заключенных: пациенты видят в подобных состояниях самих себя в эпоху своего детства, при чем они встречают у своих родителей и прощение и защиту<sup>1)</sup>. Другая причина этого явления заключается в недостаточном умении отказываться от прежних приемов получения наслаждения; неумение это крайне характерно для истеричных, оно ведет к тому, что они гораздо более резко, чем нормальные люди, избегают приспособления к некоторой новой реальности. Грубым примером притягательной силы прежних способов удовлетворения могут служить те случаи, когда люди возвращаются к своим старым мастурбаторным привычкам после смерти супруга (или супруги).

Нетрудно понять, что существенное содержание всякой фантазии—желание, или лучше сказать, осуществление определенного желания. Это относится в одинаковой мере, как к фантастическим, нам всем знакомым «воздушным замкам», так и к тем более практическим, честолюбивым стремлениям, которые играют такую

---

1) Эта тема очень подробно рассмотрена Штрейссером (*Sträussler*), «*Beiträge zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes.—Über eine eigenartige, unter dem Bilde eines psychischen Puerilismus verlaufende Form*», *Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie*. Bd. XXXII, Heft. 1 u. 2.



исключительную роль в снах наяву или в грезах столь многих людей; все задушевные желания можно удовлетворить в фантазии. Психические процессы, действующие при образовании симптомов, Фрейд рассматривает, как желания, и называет их этим именем, употребляя однако этот термин в довольно широком смысле для обозначения всякого рода стремлений, желаний и влечений, удовлетворение которых можно представить себе в виде известной цели. Отдаваться воображаемому удовлетворению таких желаний определенно приятно, и люди со страстями то и дело наблюдают на самих себе, как не легко оторваться от подобных фантазий и заменить их может быть столь тяжелой реальностью данного мгновения.

В этом одна из главных причин того, почему истерику так трудно отказаться от прежних фантазий, почему он так сильно поддается влиянию своего прошлого; все дело здесь в трудности отказаться от былых фантазий, в особенности, если настоящее не дает ничего похожего, никакой соответственной приятной замены. Тщательный анализ симптомов обнаруживает, что они представляют собою воображаемое удовлетворение затаенных желаний, но в искаженной и на первый взгляд совершенно неясной, непрозрачной форме, иными словами, они представляют собою символическое осуществление желания. Мы сейчас же подробнее поговорим и об объяснении того, почему это происходит в такой искаженной форме.

Тезис этот в высшей степени важен и значителен: он совершенно по новому освещает многие сложнейшие проблемы истерии. Так, напр., этот тезис тотчас же объясняет нам ряд странных черт, о которых мы говорили в главе об общих принципах лечения, то именно, что больной как то цепляется за свою болезнь, старается ее использовать и извлечь из нее выгоды—в чем и состоит как раз смысл симптома—то, как часто он точно симулирует свои симптомы или даже искусственно их производит, то, что у него имеется определенная несклонность к выздоровлению. Тезис этот до известной степени оправдывает даже и враждебное и отрицательное отношение к больному, так как выясняется, что он продуцирует свой симптомы для своей выгоды и удовольствия. Но с другой стороны приходится определенно подчеркнуть то чрезвычайно важное обстоятельство, что почти все эти процессы совершаются в бессознательной душевной жизни больного: он не имеет о них ни малейшего понятия, и это конечно должно быть принято в расчет при оценке его ответственности за них.



Это вновь подтверждает то обстоятельство, что в обеих описанных нами выше гипотезах об истерии содержится частица истины,—в соответствии с этими частицами стоят и отрицательное отношение к больному у одних и сочувственное у других,—во второй гипотезе истины больше, чем в первой, но все таки это еще не вся истина целиком. Но кроме того этот тезис приводит к согласию и те два понимания, о которых мы уже говорили: статическое и динамическое. Он признает, что травматические переживания имеют значение (статическая точка зрения), но в то же время доказывает и то, что скрытый процесс, обуславливающий это их значение, является процессом динамическим, так как состоит в построении симптомов из материала, доставляемого травматическими переживаниями, и служит некоторым влечениям чрезвычайно большой силы.

Едва ли нужно указывать на то, что с данной точки зрения совершенно понятны и «неадекватные» эмоциональные реакции больного: они определяются перемещением, обусловленным прежними психическими процессами, оттесненными в бессознательную сферу: аффекты этих процессов и идут на усиление и «преувеличение» тех аффектов, которые вызваны данной актуальной ситуацией.

Смотреть на болезнь, как на какое то удовлетворение желаний, это, конечно, идея, весьма чуждая обычным представлениям; и врачам весьма трудно согласиться с подобной идеей, так как все остальные болезни—явления до крайности нежелательные. Трудно понять, каким образом болезнь может доставлять удовольствие, каким образом она может быть создана специально для этой цели и еще труднее понять, как можно поставить в связь с каким нибудь определенным желанием какой либо истерический симптом, как, напр., паралич или судороги. Но мы не должны забывать, что психоневрозы, как уже подчеркнуто выше, принципиально резко отличаются от других болезней и что применение термина «болезнь» по отношению к этим обеим группам явлений скорее дело условности и привычки, чем выражения сходства их по существу. Мы должны, следовательно, быть готовы к тому, что в этой научной области мы можем столкнуться с такими истинами, которые не имеют ничего общего с обыкновенной медициной. Детальное объяснение соотношений между определенными желаниями и особыми симптомами, из них вытекающими, невозможно сделать без приведения полного аналитического протокола, а это завело бы нас в сторону



от нашей прямой темы, завело бы нас к не терапевтическим областям психопатологии.

Кое что все таки нам удастся пояснить с помощью следующих кратких соображений.

Истерический симптом и психические процессы, созидające его, очень сложные образования, состоящие из очень большого числа разнообразных элементов. Точное обследование обнаруживает, что такой симптом заключает в себе не только отдельные представления и воспоминания; как это утверждает Жане и другие авторы, но что в нем принимают значительное участие также и такие явления, которые относятся к глубочайшим душевным деятельностиам пациента. Во многих случаях бывает так, что полное разрешение или растворение одного единственного симптома означает расшифровку почти всей душевной жизни пациента. Симптом может таким образом быть выражением не только одной единственной мысли, так же как и всякий повседневный поступок может служить не одной только цели и может быть внушен больше, чем одним единственным мотивом.

Эту обусловленность симптомов большим числом факторов Фрейд обозначает особым термином «Überdeterminierung» (сверхобусловленность). Иногда эти различные факторы, встречающиеся в симптоме, бывают совершенно различного происхождения, но соотношение между ними обычно таково, что они представляют собой только различные фазы одного и того же самого непрерывающегося стремления, связанные между собою цепью ассоциаций.

В качестве аналогии, взятой из обыденной жизни, мы могли бы привести случай с человеком, который защищает своего друга, совершившего социальный проступок. Его образ действий вытекает при этом не из одного только желания помочь другу, но также и из того, что он чувствует также и себя способным поддаться такому же искушению и что это была как раз та самая общая черта характера, которая в свое время, в начале их дружбы, влекла их, может быть бессознательно, друг к другу (что очень легко может иметь место, напр., в случае гомосексуальности); в действительности, следовательно, такой человек защищает самого себя. Мы видим на этом примере, как тесно связаны между собою различные факторы, и можно усматривать именно в этой самой особой черте характера этого человека последние причины и мотивы его поведения или, еще точнее, можно искать их в тех различных причинах, которые обуславливают и эту черту характера.



Поэтому настоящее и полное объяснение его поведения потребовало бы гораздо более пространного анализа, чем об этом мог бы подумать поверхностный наблюдатель или, быть может, даже сам этот человек. Очень сходные вещи имеют место и при истерии: мы видим, что различные возбудители, продуцирующие какой либо симптом, не одинаковы, но принадлежат, так сказать, к разным слоям; расположенные более глубоко обыкновенно не только более давнего происхождения и более важного значения, но и труднее доступны для сознания и вызывают более сильное «сопротивление», когда подходишь к их обследованию. Надо сказать, что при каждом исследовании этого рода имеется большой соблазн остановиться на первых стадиях, ограничиться исследованием одних только более поверхностных слоев душевной жизни и убедить себя в том, что случай разъяснен уже вполне основательно. Но та интерпретация, которая получается при таком отношении к делу, будет очень неполной, и эта ее неполнота скажется в двух отношениях; во первых, она затронет только некоторые определенные стороны симптома, а другие его стороны останутся настолько же непонятными, как и до сих пор; и во вторых, даже в случае открытия некоторых этиологических факторов, все таки будет оставаться неясным, почему они имеют такое необыкновенно сильное патологическое значение, и эта неясность будет обусловлена тем, что причины здесь весьма отдаленные, относящиеся к самому психогенезу этих факторов.

Для того чтобы довести исследование до конца, до действительного конечного пункта, требуется почти неутомимая энергия и огромное терпение, необходимо постоянно ставить вопрос «почему?», необходимо вечное недовольство законченностью всякого упрощающего объяснения и твердое решение не только открыть причину ближайшей причины, но и для этой причины искать дальнейшей. до тех пор пока структура симптома не сделается совершенно ясной и прозрачной. При этом успех нашего лечения всецело зависит, как мы сейчас увидим, от основательности этого обследования, так как чем глубже заложена патологическая тенденция, которой мы заняты, тем результат наш удовлетворительнее по сравнению с тем, который мы получаем, если мы ограничимся одними только позднейшими производными той же самой тенденции. Здесь то же самое, что, напр., в случае абсцесса с загадочной локализацией в смысле его распространенности: большая разница, сделаем ли мы лишь поверхностный прокол неглубокого гнойного очага



или же основательно вскроем и опорожним целый ряд сообщающихся между собой полостей.

Эта чрезмерная обусловленность, гипердетерминированность истерических симптомов находится очевидно также в определенной связи и с тем, в каком возрасте развились различные патогенные факторы. Опыт Фрейда привел его к результатам, которые он выразил в следующем тезисе: каждый из этих симптомов может быть сведен на такие отклонения от нормального хода развития, которые имели место еще в самом раннем детстве, обычно в первые три года жизни и никогда не позже конца пятого года. Если в этом возрасте не развилось определенных инстинктивных отклонений (или отклонений влечений, «Triebabirrungen»), то все дальнейшие переживания в жизни не могут вызвать образования истерических симптомов.

Ясно, каково значение этой идеи для профилактики в течение первых лет жизни ребенка, но мы еще будем говорить об этом отдельно. Идея эта имеет также отношение и к проблеме наследственности, с помощью каковой обычно пытаются объяснить всякую психическую аномалию, начальные проявления которой позабыты, при чем совершенно не принимаются в расчет эти первые, чрезвычайно важные годы жизни, по отношению к которым существует обыкновенно, как известно, амнезия.

Теперь мы скажем несколько слов о том искажении, которому подвергается какое либо комплексное желание («Wunschkomplex»), прежде чем оно приобретет способность к проявлению в виде симптома. Мы указали выше, что характерными признаками такого комплекса являются следующие два его свойства: он находится в «вытесненном» состоянии, иными словами он не сознается, хотя благодаря этому несколько не менее действенен и в нем содержатся такие элементы, которые несовместимы с сознательными моральными понятиями пациента и его понятиями о приличии. Эти признаки нам теперь гораздо понятнее после нашего открытия об инфантильном происхождении этих комплексов. У маленького ребенка в начале его жизни нет никакой морали и никакого чувства приличия; ребенок, правда, не безнравственен в смысле противонравственности, но он определенно аморален в смысле отсутствия морали, и его воспитание в раннем периоде состоит по большей части именно в приобретении разнообразных моральных понятий, свойственных взрослым людям.

Ребенок, куда интенсивнее, чем это предполагают забывшие об этой поре своей жизни взрослые люди, занят такими своими телес-



ными отправлениями, самое упоминание о которых изгнано в хорошем обществе; он отдается таким наклонностям, которые, конечно, мы назвали бы омерзительными, если бы наблюдали их у взрослого; у него пробуждается жажда знаний, и он думает о таких вопросах, интерес к которым обычно в этом возрасте отрицается. Что касается этики ребенка, то детский эгоизм, поведение ребенка в вопросах собственности и присвоения, его пренебрежение правами других, вошли в пословицу. Можно сказать, что у истеричных остается много этих нормальных детских черт, но в ненормально сильной степени выраженных и значительно видоизмененных в своих проявлениях благодаря воспитательным влияниям. Подобно общезвестному герою одной юношеской драмы, истеричный человек не сумел «стать взрослым».

Вытесняющая сила цензуры, идущей от воспитания, достаточно, правда, велика, чтобы воспрепятствовать всякому прямому проявлению первоначальных влечений и тенденций, но она не в состоянии вовсе уничтожить их стремление к проявлению. Результат конфликта между этими двумя силами—компромис; цензура разрешает, так сказать с известным протестом, такую форму проявления, которая в замаскированном виде воплощает эти первоначальные тенденции. Эти компромисные образования и дают симптомы; на них надо смотреть, как на суррогаты, появляющиеся вместо вытесненного удовлетворения желания. Такой продукт означает частью сдачу, частью же успех вытесняющих сил, обозначаемых нами для краткости термином «цензура». С одной стороны цензуре не удастся ее стремление предупредить всякое проявление вытесненных желаний вообще, но с другой стороны удастся воспрепятствовать всем прямым проявлениям этого рода.

Симптомы представляют собою, следовательно, символически осуществленные желания, носящие на себе ясные следы того, что они прошли некоторую цензуру. Действие этой последней можно сравнить с влиянием социальной цензуры в хорошем обществе. В кругах английского общества, напр., где дамам, так сказать, «запрещено иметь ноги», им приходится говорить по крайней мере о «limbs» («конечности») и признаваться, что у рояля и у стульев есть «supports» («подпорки»); каждому врачу пришлось сталкиваться со словом chest (грудь) для обозначения области желудка, «stomach» (желудок) вместо живота и «the side» (сторона) вместо половых органов. В этом роде допускается и разговор на тему, которая сама по себе является неприличной, лишь бы разговор этот шел



не в прямых терминах, а с помощью достаточно осторожных косвенных намеков.

Истериические симптомы и представляют собою такие намеки, делаемые совершенно бессознательно, которые становятся понятными только, если их перевести на честный и открытый язык. Чем запретнее тема или чем строже цензура, тем более замаскированной и косвенной должна быть форма проявления, если она вообще должна быть допущена; или иными словами, выражаясь в терминах психологии, чем сильнее вытеснение, тем более поверхностна ассоциация между вытесненным комплексом и его бессознательным проявлением. Комплекс, который находит свое выражение только в болезни, в страдании и бессилии, должен быть и сам по себе очень значителен и очень резко вытеснен, так что вполне понятно, почему здоровому человеку кажутся такими натянутым или даже притянутым за волосы большинство тех моментов, в которых проявляется символика. Вот пример подобного соотношения: всевозможные вытесненные ходы мыслей, направленные, скажем, на мужской половой орган, могут обнаружиться в сознании в виде определенных преувеличенных аффективных проявлений, в особенности в виде страха, напр., в виде страха перед змеей, которые становятся суррогатом или символом представления о мужском половом органе. Надо сказать, что нормальный средний человек, вероятно, не станет делать подобного сравнения, по крайней мере сознательно, и сходство между тем и другим едва ли будет им отмечено, если не обратить его внимание на это сходство. Помимо этого он будет, вероятно, в состоянии достаточно владеть своими аффектами, связанными с первым из этих двух представлений и может воспрепятствовать тому, чтобы эти аффекты более чем до известной, незначительной степени переходили (даже если это и происходит бессознательно) на второе представление. Но если у человека с первым представлением связан очень сильный аффект, то момент сходства между двумя представлениями покажется достаточно большим, так что между ними установится очень тесная бессознательная ассоциация, в результате каковой аффект и будет перемещаться с первого представления на второе. Действительное сходство между этими представлениями состоит в следующем: оба эти объекта имеют нечто общее в самой форме, в наличии особой отдельной части в виде головы, в способности вытягиваться, время от времени извергать светлую жидкость (каковой процесс имеет весьма серьезные последствия), в подкрадывающемся характере



нападения и в других предательских чертах, свойственных им обоим. Эта символическая связь производила гораздо большее впечатление на более низких ступенях цивилизации, так как во всех религиях ранних периодов истории змеи повсеместно почитались (и им даже молились), как самые обычные фаллические символы, о чем сохранились разнообразнейшие доказательства в форме разных пережитков в суевериях и в фольклоре.

Механизмы, с помощью которых вытесненный комплекс находит в сознании свое символическое выражение в виде определенной группы психических процессов, точно обследованы и известны в настоящее время во всех своих подробностях. Фактическая форма проявления никогда не зависит от «случая», но всегда определяется особыми факторами, вытекающими из переживаний и фантазий индивидуума; а они редко бывают одни и те же у двух различных людей. Но мы не можем вдаваться здесь в подробности, и я должен отослать читателя к литературе, обнимающей собой остальные не терапевтические стороны психопатологии.

Знание тех причин, благодаря которым происходит искажение при проявлении бессознательных комплексов, облегчает нам также понимание того путающего нас на первый взгляд явления, что симптом определенно болезненный и мучительный может несмотря на это все таки доставлять больному удовольствие. При этом нам надо обратить внимание прежде всего на три важные момента.

Во первых: удовольствие или удовлетворение являются главным образом бессознательными, так как дело идет о затаенных, глубоко скрытых и чуждых сознанию желаниях, которые подобным образом находят себе удовлетворение.

Во вторых: истерический симптом—не осуществление желания в чистом виде, а представляет собою компромис между таким осуществлением и вытесняющими силами; в то время как удовлетворение касается бессознательного желания, страдание возникает главным образом благодаря конфликту между этим желанием и тормозящими силами, в роде стыда, страха, отвращения и т. п., происходящими из поверхностных и более сознательных слоев душевной жизни.

В третьих: страдание и само по себе часто бывает приятно, может доставлять наслаждение. Так, напр., сексуальное извращение, состоящее в склонности находить удовольствие в боли и в желании страданий (мазохизм), встречается в большей или меньшей степени и у нормальных людей: выражение «im Leiden sich welgen» (всласьть



намучиться) показывает нам, насколько общеизвестна эта тенденция; у женщин она сильнее выражена, чем у мужчин, и резко повышена при истерии.

Теперь мы должны поставить вопрос, каким образом это символическое соотношение, которое до сих пор интересовало нас исключительно с его психической стороны, может проявляться в физических симптомах истерии, в роде, напр., болей, параличей и т. п. Дело в том, что аффект всегда сопровождается соматическими сопровождающими его явлениями, как это мы наблюдаем, напр., при напряжении мышц в гневе, дрожании при страхе и т. п., и если оставить в стороне проявление речи, язык, то у нас остаются как средства проявления наших душевных процессов исключительно различные телесные движения. Движения эти всегда связаны с соответствующими представлениями, и если эти представления ассимилируются каким либо комплексом, то этот комплекс может находить в них свое символическое выражение. В подобном случае какоенибудь определенное движение, напр. ходьба, может служить изображением какого либо комплекса, с которым косвенно связано представление, соответствующее этому движению, в роде, напр., неспособности опорожнить кишечник. На физиологическом языке это означает следующее: какоенибудь инстинктивное влечение, нормальному проявлению которого препятствует определенный тормоз, избирает, вместо того, чтобы найти себе выражение в признаках эмоционального душевного движения, совершенно другие нервные пути и сказывается в таких моторных действиях, которые свойственны этим путям. Истерический симптом можно сравнить с человеком, угрожающе сжавшим кулаки и не испытывающим при этом никакого гнева, так как аффект отщеплен и стал бессознательным.

Для того, чтобы обозначить замену психического проявления проявлением физическим, Фрейд пользуется термином «конверсия», и тот известный тип истерии, при котором преобладают телесные симптомы, он так и называет «конверсионной истерией». Он придерживается того взгляда, что при наличии истерии существует особая «соматическая готовность», вследствие которой конверсия совершается с большей легкостью, чем у нормального человека. Рядом с этим предположением можно поставить также и тот факт, что и вообще у таких больных телесные процессы в гораздо более сильной степени, чем у людей нормальных, подвержены влиянию психических и в особенности аффективных факто-



ров (о чем мы уже говорили в связи с гипнотическими явлениями). Фрейд находит кроме того, что часто имеется особая предрасположенность («Prédisposition») одной какой-нибудь определенной части тела к отводу энергии, оттесненной на неправильные и ненормальные пути. Поэтому выбор отдельного симптома определяется не исключительно одними только наличными психическими ассоциациями и символическими соотношениями, но также и особым притяжением тех символических процессов, о которых идет речь, к какой-нибудь определенной чувствительной части тела, которая может быть является дефектной или пораженной каким-нибудь действительным болезненным процессом. Так, например, если вытесненный комплекс может быть каким-нибудь образом символизирован с помощью представления о хромоте, то конечно этот вид его изображения будет особенно легко избран, если у больного нога действительно хромот. Это последнее открытие вполне совпадает и с обычными, общепризнанными данными, так как местные причины истерии столь хорошо известны, что многие врачи и в особенности хирурги обращают свое внимание прежде всего на них и до известной степени пренебрегают более важными психическими причинами.

Мы уже отметили выше, что желания и фантазии, за счет которых происходит в конечном счете образование истерических симптомов, весьма интимной природы и являются несовместимыми с сознательными этическими и моральными понятиями больного. Мы не должны поэтому удивляться тому, что в патогенезе болезни выдающуюся роль играют психосексуальные факторы, и это тем в большей степени, что фантазия и вообще по всей своей сущности онтогенетически связана с половым инстинктом, а с другой стороны и потому, что нет таких других психических процессов, которые подвергались бы столь же интенсивному вытеснению и искажению, как те, что связаны с сексуальностью. Надо сказать, что в утверждении этого тезиса очень немного действительно нового; с самого начала медицинской науки люди были очень близки к этому тезису, который содержится даже в самом названии «истерии». Фрейд формулировал тезис, по которому каждый истерический симптом построен на вытесненном сексуальном желании,—и навлек этим на себя целую бурю негодования и возражений, так как выступил со своим утверждением в такую эпоху, как наша, когда имеется стремление ограничить сексуальность до минимальной возможности. Но тем, кто в состоянии строго различать друг от друга принципы



моральные и научные, отводя как тем, так и другим определенное место, вполне понятно, что вопрос об истинности этого утверждения должен разрешаться доказательствами, основанными на фактах, а не на априорных предрассудках; и надо сказать, что ни один исследователь, проверив детально и непредубежденно факты, на которых Фрейд основывает свое утверждение, не мог сделать ничего другого, как только согласиться с ним. Фрейд допускает, конечно, и, повидимому, необходимо это подчеркнуть, что в развитии каждого случая истерии принимает участие и много других патогенных факторов разного рода, но он утверждает, что специфический и единственно необходимый фактор—фактор психосексуальный.

Вследствие широкого смысла, который Фрейд придает термину «сексуальный» и вследствие его общих взглядов на сексуальность, возник целый ряд недоразумений, но этой темы мы здесь коснемся лишь в самих кратких словах; читателя же мы отсылаем к специальным работам на эти темы. Применение термина сексуальность Фрейд не ограничивает одними только процессами, служащими функции размножения, но распространяет его и на такие действия, как, напр. мастурбация, главной функцией которых является, очевидно, не что иное, как достижение особой формы удовлетворения и удовольствия.

В чем особенность этой формы удовлетворения и свойственных ей ощущений, это, вероятно, не так то легко определить, но каждый нормальный человек настолько знаком с ней, что точное определение представляется излишним.

Здесь можно поставить вопрос, как возможно согласовать эту сексуальную теорию истерии с тем важным значением, которое мы приписали выше инфантильному происхождению патогенных психических факторов, фантазий и т. п. В ученых кругах все еще придерживаются того воззрения, что сексуальность это почти то же самое, что функция размножения; что сексуальности, следовательно, не может существовать в таком возрасте, когда не дана еще возможность выполнения этой функции, как, напр., в возрасте, предшествующем периоду полового созревания. Фрейд не согласен с этим телеологическим определением и утверждает в противовес ему, что половое влечение не нечто, внезапно появляющееся во время полового созревания, как какое то совершенно новое явление, как это принято обычно думать. В действительности дело обстоит иначе: та форма этого влечения, которую оно принимает в этом периоде, развилась постепенно и медленно из руди-



ментарных элементов, существовавших уже в самом раннем детстве. По Фрейд у сексуальность существует уже в детском возрасте; она выступает только в ином виде, является еще несовершенно организованной и не приспособленной к своей позднейшей функции. Но эта другая форма, характерная для детского возраста, в той же мере заслуживает название «сексуальной», как и свойственная взрослым. Подобно сексуальности взрослых людей, и инфантильная сексуальность также имеет и психические и физические проявления. Примеры проявлений первого рода: склонность к другому полу и ревность по отношению к нему, любопытство к объектам сексуального характера и разнообразные фантазии и наклонности, на общее значение которых мы уже указывали выше. С физической же стороны дело идет о переживании приятных ощущений сексуального характера и о стремлении к ним: ощущения эти могут вначале возникать в каком угодно месте тела, так как еще не установлен в этом отношении примат генитальной зоны. Некоторые участки с самого начала более чувствительны, чем другие; им присвоено название «эрогенных зон». Из них самую большую роль играют различные отверстия тела, в особенности же отверстие мочеиспускательного канала и канала пищеварительного; одно из отверстий тела сохраняет и в жизни взрослого человека явное сексуальное значение, как это ясно видно на феномене поцелуев. Функции, связанные с этими отверстиями тела, вызывают особые приятные ощущения, интенсивность и своеобразие каковых невозможно объяснить, исходя из одного только физиологического значения этих функций, как таковых. Подобно тому как взрослые люди едят различные деликатесы не только для обмена веществ, но и благодаря их приятному вкусу, так и младенец сосет свою соску не только когда он голоден, но и в состоянии насыщения, вследствие тех приятных ощущений, которые связаны с этой деятельностью.

Все это множество первичных приятных ощущений и деятельностей испытывает в дальнейшем очень глубокие изменения и вследствие эволюции и благодаря воспитанию. И только часть их подвергается отбору и переформировке с тем, чтобы образовать половое влечение в собственном смысле слова. Другая, большая часть признается в дальнейшем несовместимой с социальными обычаями и с эстетическими и моральными понятиями и вступает вследствие этого в конфликт с различными задержками, исходящими от этих высших требований. В результате этого конфликта



примитивные инстинктивные влечения «вытесняются», погружаются в глубину и подвергаются забвению, а вместе с ними исчезают большую частью и все остальные, связанные с ними во времени психические процессы. Таким образом, Фрейд сразу вместе с проблемой истерической амнезии разрешает и проблему нормальной детской амнезии; и та и другая сводятся им к процессу вытеснения. Но эти вытесненные инстинктивные влечения не угасают совсем — давние желания гораздо труднее уничтожить, чем это обыкновенно принято думать — и стремление к удовлетворению этих влечений продолжает существовать в течение всей жизни. Они ведут при этом скрытое существование в таких сферах душевной жизни, которые совершенно отщеплены от сознания, а именно в сфере «бессознательного». А так как вытесняющие силы постоянно продолжают свое действие, и так как действие их носит характер автоматический, то для влечений, о которых идет речь, невозможно прямое удовлетворение, вследствие чего они вынуждены искать себе удовлетворения в не прямых и символических средствах выражения. Принадлежащая же им энергия переводится в эти вторичные, более допустимые виды деятельности, и дает, таким образом, очень крупный компонент для тех человеческих стремлений, которые направлены на интересы общего, социального и культурного, характера и развития. Этот процесс перенесения энергии с вытесненной сексуальной цели на другую допустимую в социальном отношении и полезную цель Фрейд называет «сублимацией», заимствуя это образное выражение из химии. При известных условиях эта попытка сублимирования примитивных влечений удастся лишь очень несовершенно. Если эта попытка вовсе не удастся, то результатом является какая нибудь форма явного сексуального извращения; смысл этих последних явлений оставался до тех пор загадочным, пока Фрейд не показал, что они не что иное, как каррикатура или искажение того или иного инфантильного, сексуального компонента.

При истерии попытка вытеснения терпит неудачу в том смысле, что не удастся нормальная сублимация примитивных влечений в социальную деятельность, так что не развивается полного отказа от прежних, направленных к достижению удовольствия, тенденций. Мы не знаем, отчего зависит эта неудача: от того ли, что соответственные импульсы были слишком слабыми или наоборот слишком слабыми оказались силы вытесняющие; вероятно, действуют совместно оба эти момента.



Избалованность ребенка—это только иное выражение для обозначения последнего из только что указанных моментов: она очень часто приводит к истерии, так как избалованный ребенок недостаточно приучен к тем ограничениям, которые требуются социальной жизнью. Но с другой стороны неудача вытеснения не является при истерии полной. Влияние вытеснения достаточно сильно, чтобы предупредить проявление импульсов в их первоначальной форме и чтобы заставить их взяться за непрямые выразительные средства. Компромис между импульсом и вытеснением и ведет, как уже разъяснялось выше, к образованию наблюдаемых на деле истерических симптомов <sup>1)</sup>.

#### ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ.

Теперь мы должны перейти к следствиям, вытекающим из этой теории, для терапии истерии. Главная проблема заключается, очевидно, в вопросе, как может быть направлена на полезные пути та уклонившаяся от них энергия, которая находит себе выход в истерических симптомах. Эта цель напоминает нам о цели, которую ставил себе метод отвлечения, но зато способы достижения этой цели резко разнятся между собой. При методе отвлечения мы возлагаем надежды на то, что симптомы удастся заменить социальными интересами, если только дать больному возможность осуществления этих интересов; но при этом мы не делаем никакой серьезной попытки к тому, чтобы побудить энергию отказаться от одних путей и устремиться на другие. Нам очень важно, чтобы верно понимать существо дела, убедиться в том, что и симптомы и социальная деятельность, равнозначная с излечением, питаются одним и тем же источником, и что, следовательно, энергию, проявляющуюся в симптомах, действительно нужно перевести в социальную деятельность. И вот вполне ясно, что все недостатки ранее описанных методов заключаются в их неспособности освободить эту энергию, которая является связанной в своей примитивной и недостаточно приспособленной форме.

Вызвать разрешение этой связанности и освободить тем самым энергию, каковая затем уже может быть нормальным образом сублимирована,— вот в чем последняя цель психоаналитического лечения.

На основании своего опыта Фрейд пришел к заключению, что единственный действительно удовлетворительный путь для дости-

---

<sup>1)</sup> Сублимация и сама по себе тоже продукт компромиса, но все же она, и качественно и количественно отличается от компромисных образований характерных для невротических симптомов.



жения этой цели состоит в том, чтобы довести до сознания больного вытесненные желания, поведшие к возникновению патогенных инстинктивных влечений, и сделать тем самым совершенно излишним существование их суррогатов, т. е. симптомов. Когда это достигнуто, то происходят определенные психические изменения. Аффекты, бывшие прежде задержанными и связанными с одним определенным комплексом, становятся теперь свободными и, распределяясь на всю душевную жизнь больного, теряют свою чрезмерную интенсивность. Перемещения аффекта, в которых нет никакой логики, подвергаются коррекции, исправляются: это делается путем сведения их к их действительному началу и происхождению; после этого исчезают описанные выше адекватные эмоциональные реакции и неуместное поведение больного. Но самым последним и самым важным результатом является то, что вытесненный комплекс впервые становится доступным, так что на него можно теперь влиять прямо и непосредственно с помощью различных, теперь уже вполне сознательных умственных операций, благодаря чему он может быть сплавлен в одно целое со всей остальной душевной жизнью больного, может быть с нею согласован. Существенный пункт, который нам здесь очень важно усвоить, сводится к тому, что наше сознание гораздо лучше способно судить о каком либо психическом процессе или же господствовать над ним, если этот процесс не бессознателен, а наоборот вполне осознан. То же самое явление мы можем наблюдать и в нашей повседневной жизни, правда, в уменьшенном масштабе, так как обычно дело при этом идет о таких вещах, которые только слегка ускользают от нашего сознательного внимания, так что наступающее вслед за этим изменение не бросается резко в глаза. Мы начинаем избегать целого ряда досадных мелких привычек и недуманных действий, после того как обратили на них внимание, или если отметили в них чтонибудь такое, что прежде от нас ускользало. Все эти явления можно свести к следующему тезису: бессознательный комплекс находится неизбежно в состоянии отщепленности, что говорит о некоторой психической дисгармонии, между тем как перевод этого комплекса в сознание ведет к тому, что он сливается с сознанием, т. е. к психической гармонии<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Относительно того, каким образом осознание видоизменяет недопустимость и отщепление какогонибудь комплекса, см. мои «Papers on Psycho-Analysis», 2 изд., 1918, стр. 304, 305.



По этому Фрейд строго защищает тот терапевтический принцип, о котором мы уже говорили выше в этой же главе, а именно, что сознательная ассимиляция отщепленных элементов и их слияние с сознанием — цель, к которой надлежит стремиться. Читатель, вероятно, уже обратил внимание на то, что осуществление этой задачи гораздо труднее, чем думали многие авторы; Фрейд глубже других понял природу тех препятствий, которые стоят на пути этой задачи, и ему удалось поэтому лучше, чем другим, найти средства к ее решению. Он подметил вскоре, что чисто рассудочное знание комплексов было для больного чем то совсем иным по сравнению с ассимиляцией их сознанием: последнее является гораздо более делом аффекта, а не интеллекта больного. Здесь имеет место то же различие, что между поверхностным знакомством и долгой интимной дружбой. И так же, как в дружбе и при знакомстве, так и здесь при введении вытесненного комплекса в сознание возможны различия по степени с бесчисленными вариациями, так что задача достижения совершенной ассимиляции часто до крайности затрудняется. Это соображение не всегда достаточно оценивается врачами, пытающимися воспользоваться психоаналитическим методом: они часто недооценивают всех этих трудностей.

При применении психоанализа ассимиляция патогенных комплексов создается не за счет особого влияния, как это пытаются делать Мортон Пренс и другие; здесь имеется расчет на то, что она совершится автоматически, после того как будут устранены те препятствия, которые мешали ей совершаться раньше. Препятствия эти состоят, как уже отмечалось выше, в различных «сопротивлениях», запрещающих комплексам и прежде всего их аффективному компоненту появиться в сознании; вследствие этого Фрейд прежде всего берется за преодоление сопротивлений, как за самую важную задачу. Его техника очень глубоко изменялась и улучшалась, все время развиваясь в течение последних двадцати лет; он считает, что это развитие еще никоим образом нельзя считать законченным. Вначале он шел тем путем, что принимался за симптомы, один за другим, и стремился проследить историю их возникновения. Но вскоре он нашел, что патогенные причины различных симптомов неразрывно связаны между собой, так что этот метод оказался невыполнимым или во всяком случае неподходящим. Та техника, которой он стал держаться позже, состояла в том, что он оставил симптомы совершенно в стороне и в смысле порядка обследования стал полагаться исключительно на



спонтанную душевную деятельность больного и поставил себе, таким образом, задачу рано или поздно пролить свет на всю решительно бессознательную жизнь больного.

При этом он обращал вначале внимание на открытие в получаемом им материале таких отправных пунктов, которые указывали бы на комплексы, позже он, вместо этого, стал прямо стараться преодолевать сопротивления, одно за другим, по мере их появления, в надежде на то, что комплекс, лежащий в основе, будет осознан, как только будут уничтожены защищающие его сопротивления.

Психоаналитический метод в тот или иной момент смотря по потребностям применяет целый ряд различных способов. Но важнейшим принципом, на котором основаны все эти способы, остается все таки основное правило «свободных ассоциаций» <sup>1)</sup>. Больного заставляют высказывать без всякого раздумья решительно все, что только приходит ему в голову, совершенно не считаясь с тем, какими бы бессвязными, не относящимся к делу или неважными не казались ему его отдельные мысли.

Он должен, насколько возможно, воздерживаться от всякой критики этого рода, должен отказаться от того, чтобы направлять свои мысли по какому нибудь определенному направлению или, наоборот, прерывать их течение по какому либо другому; все свое внимание он должен сосредоточить исключительно на том, чтобы подмечать и высказывать все мысли, приходящие ему в голову. И вот, когда устраняется то обычное управление мыслями, которое действует при обыкновенной беседе или при размышлении, то оказывается, что ход мысли начинает вместо этого определяться теми различными бессознательными комплексами, которые в этот момент имеют перевес. Комплексы эти, правда, не находят себе прямого выражения, но они выдают себя целым рядом проявлений, преимущественно аффективного характера; в наблюдении же этих проявлений психоаналитик искушен. Больной обыкновенно не в состоянии понять смысл тех мыслей, которые приходят ему в голову когда он приближается к какому нибудь вытесненному комплексу, так как деятельность цензуры мешает ему разглядеть комплекс; но для постороннего наблюдателя смысл этот бывает достаточно ясен. Ассоциации больного все время кружат около больного места, в них все время содержатся намеки на него; они выдают, таким

<sup>1)</sup> Буквальный смысл этого Фрейдовского положения: «то, что приходит в голову». Общепринятый термин «свободные ассоциации» неправилен.



образом, то, что скрывается за ними на заднем плане, и дают в конце концов наблюдателю целый ряд совершенно несомненных опорных пунктов.

Нетрудно представить себе, что у врача, по мере возрастания его опытности, все более и более обостряется способность к интерпретации подобных проявлений и к распознаванию сущности тех неприятных комплексов, существование которых нам выдает больной. Таким образом, мы получаем возможность правильно оценить характер сопротивления, действующего в душевной жизни больного, получаем возможность помочь ему преодолеть это сопротивление и побудить его тем самым к осознанию вытесненного комплекса.

Поведение врача во время анализа должно представлять собою необходимое дополнение к тому, что требуется от пациента. Врач также должен исключить всякие суждения и оценки и активное мышление и усвоить себе пассивную установку равномерного наблюдения. Интерпретация сообщенного больным материала, скрытые соотношения между следующими друг за другом, но с внешней стороны как будто бы бессвязными ассоциациями, общая оценка смысла всех наблюдений, все это не является результатом обычного суждения или активного размышления, но происходит у врача автоматически и является, как бы само собою разумеющимся, при том условии, конечно, что мысль его не тормозится теми же сопротивлениями, которые действуют у больного.

Отсюда следует, что и аналитик в виде подготовки должен проделать тоже самое самовоспитание и анализ, которому он будет в дальнейшем подвергать своих пациентов. Он должен иметь очень основательное понимание своей собственной душевной жизни для того, чтобы вполне господствовать над возможными и у него инстинктивными влечениями, уклоняющимися от нормы или патологическими, для того чтобы быть застрахованным от всех сопротивлений, которые могли бы помешать свободному течению душевных процессов в нем самом в такие моменты, когда речь заходит о таких темах, которые ему близки или же задевают его лично.

Источником, дающим особенно ценный материал для анализа, является изучение сновидений и проведение их анализа, задача совершенно немислимая для врачей, не овладевших чисто эмпирическим путем техникой толкования сновидений. Фрейд показал, что сновидение (как у здорового, так и у больного человека) вовсе не является тем бессмысленным и лишенным значения феноменом, за



каковой оно обыкновенно принимается, но что оно представляет собою полноценное психическое образование, построенное по определенным законам и заключающее в себе интимнейшие и значительнейшие мысли соответственной личности. Структура сна обнаруживает чрезвычайное сходство со структурой истерического симптома; и сновидение и симптом создаются с помощью одинаковых психических механизмов и символов; оба они результат компромиса между вытесненными инстинктивными влечениями и эндопсихической цензурой; они стоят в тесном отношении к инфантильному типу сексуальности, они не что иное, как воображаемое удовлетворение вытесненных бессознательных желаний, да и источник их во многих случаях фактически один и тот же.

Явное содержание сновидений, то содержание, которое потом вспоминается, надо (как и симптомы) свести сперва на его скрытое, латентное содержание, на те затаенные мысли, которые были причиной возникновения сновидения: только после этого становится понятным действительный смысл сновидения. Этот процесс отчасти напоминает перевод с чужого и трудно понятного языка. Сходство между сновидениями и истерическими симптомами, общность их происхождения и другие моменты, о которых я здесь не могу говорить более подробно, делают нам вполне понятным, что исследование сновидений — одно из самых ценных средств, имеющихся у нас для изучения бессознательной душевной жизни нашего больного. Дальнейшие сведения в этой широкой области читатель может почерпнуть в «Толковании сновидений» Фрейда, в работе, которая пожалуй является самым ценным из всего, что им сделано для психоанализа.

Дальнейший обильный источник материала открывается нам в исследовании своеобразных незначительных душевных ошибочных действий, так часто наблюдаемых у вполне нормальных людей. К этой группе относятся следующие явления: «случайные» оговорки и опiski; необъяснимое забвение хорошо известных собственных имен и прочных знаний; неисполнение заданий; ошибочное производство невольных, непреднамеренных действий; необращение внимания на такие вещи, на которые обычно обращаешь внимание; очитки; потеря предметов; закладывание предметов, так что не знаешь потом, как их найти, и разные другие сходные происшествия. Психоанализ этих мелких ошибочных действий показывает нам, что в их возникновении роль случая чрезвычайно незначительна; гораздо большую роль играют известные побочные ходы



мыслей, подвергающиеся в этот момент вытеснению; действие этих мыслей и вносит известное расстройство в правильный ход ответственного поступка: результатом этого расстройства и будет неправильное выполнение функции: ошибочное действие. Обыкновенно принято объяснять все эти ошибочные реакции такими моментами, как утомление, рассеянность, забывчивость, невнимательность и т. п., но все это только известные благоприятные условия, — фактор же, избирающий известную определенную ошибочную реакцию, всегда является какой нибудь тенденцией такого рода, что данный субъект не хотел бы собственно давать ей выражения. Но тенденция эта все таки пользуется благоприятными обстоятельствами и прокладывает себе дорогу.

Эта тенденция имеет совершенно определенный смысл, и ошибочное действие, которое было допущено, определяется известным мотивом, т. е. оно, так же, как и истерический симптом, не что иное, как искаженное осуществление желания. Бывают такие случаи, когда достаточно простого здравого смысла, чтобы разгадать, в чем дело. Если мы представим себе женщину, которая, обнимая мужчину, по имени Вильгельм, вдруг оговаривается и говорит, «я люблю тебя, Гарольд», то ничуть не будет неестественным, если бы возникло некоторое любопытство по поводу того, кто же такой этот Гарольд. Эта группа явлений заслуживает внимательного наблюдения и изучения; она может дать нам много очень ценных указаний, так как все эти явления выдают такие мысли, которые больной хотел скрыть, а мысли эти обыкновенно очень значительны. Анализ этих явлений часто раскрывает перед нами очень важные тенденции, о которых больной не имел никакого понятия. Фрейд посвятил этому кругу явлений свою «Психопатологию обыденной жизни», к каковой мы и отсылаем читателя для получения более подробных указаний по этому вопросу<sup>1)</sup>.

Для начинающих полезен, в виде известного примера, ассоциативный эксперимент в той форме, как он применяется Блейлером и Юнгом. Пациенту называют ряды простых слов, причем на каждое из них он должен отвечать по возможности быстро и первым пришедшим ему на ум словом; промежуток времени между словом — раздражителем и реакцией испытуемого («время реакции») измеряется с помощью обыкновенного секундомера. Мы можем наблюдать при этом, что пациент не в состоянии сразу

<sup>1)</sup> См. также мои «Papers on Psycho-Analysis», 2 изд. 1918.



отвечать на некоторые определенные слова; какие это будут слова, конечно, невозможно заранее предвидеть. Пациент испытывает при этих словах смущение, и в его ответе сказываются известные особенности, называемые Юнгом «признаками комплекса». Признаков этих более двенадцати, но важнейшие из них следующие: удлинение времени реакции (это соответствует запинке от смущения); потеря способности давать ответы и на следующие слова в течение некоторого времени (временное душевное замешательство, его преувеличение); удивительная поверхностность ассоциации, особенно если эта ассоциация повторяется при сходном слове — раздражителе, даже при нескольких сходных словах; повторение слова — раздражителя (если внезапно задать человеку какойнибудь неприятный для него вопрос, то этот человек, будучи застигнут врасплох, может повторить этот вопрос заикающимся тоном); повторное употребление одного и того же слова несколько раз в течение эксперимента; понимание слова — раздражителя в какомнибудь необычном или неожиданном смысле. Персеверация слова — раздражителя при последующих реакциях и, наконец, неверная или несовершенная репродукция слов — реакций, при предложении, делаемом испытуемому в конце опыта, повторить свои ответы на все слова — раздражители по порядку. Те слова — раздражители, при реакции на каковые могут быть отмечены те или иные из этих только что приведенных особенностей, всегда находятся в связи с какимнибудь важным, насыщенным аффектом, комплексом, так что они могут служить отправными пунктами для отыскания таких комплексов.

Преимущество этого метода состоит главным образом в том, что он дает возможность некоторой предварительной ориентировки относительно аффективных факторов в душевной жизни пациента; некоторые исследователи применяют поэтому этот метод в виде введения к аналитической терапии в собственном смысле.

Дальнейшие детали можно найти в «*Diagnostische Assoziationsstudien*» Юнга.

Наличность аффекта в тот момент, когда во время ассоциативного эксперимента какоенибудь из слов затрагивает комплекс, может быть объективно доказана и даже графически изображена с помощью наблюдения определенных физиологических сопутствующих явлений, в роде, напр., изменений дыхания и кровообращения. В исследованиях Юнга, Бинсвангера и других авторов выработался даже особый очень точный метод, служащий этой цели и



известный под именем «психогальванического рефлекса». Он основан на открытии, сделанном первоначально еще в 1888 году Фере (Féré) и заключавшемся в том, что наше тело оказывает более сильное, чем обыкновенно, сопротивление пропускаемому через него электрическому току, когда мы находимся в состоянии аффективного возбуждения. Это повышение сопротивления возможно отнести за счет некоторого увлажнения поверхности тела вследствие незначительного, а потому и незаметного увеличения потоотделения. Этот метод слишком тяжеловесен для терапевтического применения, но он все же очень интересен, как подтверждение теоретической правильности ассоциативного эксперимента, так как дает возможность точного и объективного контроля тех выводов, которые можно сделать при наличии признаков комплексов. В данном контексте следует упомянуть и о том, что общеизвестный факт ускорения пульса в состоянии возбуждения заново открыт Кориа (Coriat) и описан им под несколько широковещательным названием «психо-кардиальный рефлекс». Кориа пользуется этим своим открытием в связи с ассоциативным экспериментом.

Собранный, таким образом, материал подвергается затем основательной переработке и дальнейшему уяснению, при чем выделяются общие черты, обнаруживающиеся в разных его частях, устанавливаются связи между частями, исправляются неясности и выясняется смысл скрытых сочетаний и значений. Получающиеся при этом интерпретации используются, как опорные пункты для того, чтобы направить внимание больного на еще более глубокие и скрытые части материала. В психоаналитической технике существует кроме того ряд бесчисленных правил более подчиненного характера, посвященных способам интерпретации и трудному вопросу о верном выборе подходящего момента, в который эти интерпретации должны быть сообщены больному.

В заключение мы должны коснуться вопроса об отношении к аффективному раппорту между больными и врачом, являющемуся, как мы уже видели выше, существеннейшей базой при лечении внушением. Мы слышали уже, что этот раппорт, неизбежный при всяком отношении между больным и врачом, возникает вследствие того, что больной переносит на врача различные положительные аффекты (как то: чувство симпатии, расположения, склонности и т. п.), существовавшие и раньше в его душевной жизни; происхождение этих аффектов связано с отношениями больного к людям, игравшим значительную роль в его жизни. Но в данном явлении



мы усматриваем только одну из форм подобного смещения или перемещения аффектов. Другая форма состоит в перенесении различных отрицательных аффектов, как то антипатии, нерасположения и т. п. И вот при пользовании менее сложными методами лечения, врач находится в очень большой зависимости от больного в смысле этого перенесения аффектов. Если устанавливается отрицательное перенесение, то лечение не удастся. Это отрицательное перенесение называется «сопротивлением». При положительном перенесении больной может испытывать некоторое улучшение, которое может даже прогрессировать, но больной легко может слишком сильно привязаться к врачу, попадает к нему в зависимое отношение и становится, вследствие этого, неспособным занять независимое положение по отношению к требованиям реальности. Совершенно обратное этому наблюдается при психоанализе: врач—психоаналитик не беспомощен в отношении ситуации, а может даже использовать ее для своих терапевтических целей. Всякий раз, когда он замечает перенесение какого либо аффекта на свою собственную личность, он тотчас же производит анализ и сводит соответственную реакцию на ее генетические корни. Существуют особые приемы для того, чтобы подмечать признаки этого перенесения уже в самом его начале. Этим врач заставляет больного отдать себе отчет в том, каково настоящее происхождение подобной реакции, каков ее источник; таким образом врач уясняет больному те его инстинктивные душевные движения, которые оставались неосознанными до сего времени и ставит его этим самым в такие условия, при которых он уже в состоянии господствовать над подобными душевными движениями, придавать им другое направление или изменять их какимнибудь другим образом. Я должен однако подчеркнуть, что тактика врача в смысле его отношения к явлениям перенесения представляет собой самую шекотливую задачу в каждом случае анализа, так что начинающим необходимо самым серьезным образом иметь это в виду. Одна из причин этого обстоятельства состоит как раз в том, что выражая сопротивление цели лечения, бессознательная душевная жизнь больного пользуется, как средством, главным образом, именно этим самым процессом перенесения. Внушение является, таким образом, главным препятствием при психоаналитическом лечении, и в этом одна из причин, почему нельзя комбинировать лечение психоанализом и внушением (или гипнозом), как это несколько необдуманно предлагали Форе́ль и другие авторы. Системы эти прямо противоположны по своим



целям. Понимание смысла и знания перенесения, как положительного, так и отрицательного, вместе с вытекающей из этого понимании тактикой, представляет собою один из самых главных признаков именно психоаналитического лечебного метода в противовес всякому методу не-аналитическому.

И только в том случае, если проделан этот этап пути, только если лечение прошло через фазу явлений перенесения, можно рассчитывать на то, что удастся продолжить анализ далее его начальных стадий. Необходимо дать вновь ожить старым, вытесненным мотивам и аффектам, необходимо заставить больного пережить их, как актуальные, в этой ситуации, созданной явлениями перенесения, и только при таких условиях можно довести больного до полного отчета в них, до полного их понимания, до их усвоения его сознанием.

#### АНАЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.

Эта разновидность психологического анализа относится, пожалуй, скорее к темам патологическим, чем терапевтическим. Но она имеет большое практическое и теоретическое значение, и мы обсудим ее тут же. Она была изобретена впервые Адлером (Adler) а потом более или менее независимо от него и другими: Юнгом, Медером и Зильберером.

Читатель вспоминает, что анализ невротических симптомов привел к заключению, что они представляют собою дериваты и суррогаты различных бессознательных инстинктивных душевных движений и влечений, оказавшихся несовместимыми с сознательными идеалами. Происхождение их в конце концов было сведено на различные инфантильные комплексы. Все эти научные выводы и результаты вначале просто на просто отрицались и не признавались всеми теми, кому они не нравились или были неприятны, но когда, под давлением приводимых доказательств, этот способ борьбы начал изменять своему назначению, возникла необходимость искать других, менее грубых приемов, и было сделано открытие, что есть возможность лишить все эти разоблачения их неприличного характера следующим способом.

Было сделано наблюдение, что так же, как и невротические симптомы, могут быть выведены из тех же инфантильных комплексов и некоторые другие явления, а именно, целый ряд таких психических черт, которые в социальном отношении являются ценными и полезными и вполне совместимыми с сознательными



идеалами; этим самым была установлена известная ассоциативная связь этих черт с невротическими симптомами. Ни от кого, конечно, кто занимался этими явлениями, не ускользнуло, что все эти три ряда психических процессов — инфантильные комплексы, невротические симптомы и явления сублимирования — тесно связаны между собой. И действительно можно наблюдать ежедневно, что свободные ассоциации пациента приводят не к одним только инфантильным комплексам, но в той же мере и к сублимированию. И вот вместо генетического понимания всей этой проблемы, свойственного психоаналитикам, была сделана попытка перевернуть, так сказать, положение вещей и установить взгляд на симптомы исключительно, как на суррогаты сублимирования, возникающие вследствие того, что питающая их энергия, исходящая от вполне развитых сублимирований, по какой то причине никогда не имела возможности проявить себя прямым образом. Неудобный факт, состоящий в том, что ассоциации пациента приводят также и к инфантильным комплексам, был игнорирован с помощью интерпретации этих комплексов также, как неудачных суррогатов для все тех же сублимирований. И вот вопреки всем учениям биологии и сравнительной антропологии оказалось возможным стать на ту успокоительную точку зрения, что первичные и краеугольные влечения человеческой природы явления по сути своей весьма высокого характера, а именно: нравственного или религиозного, невротические же симптомы и связанные с ними инфантильные комплексы представляют собою только их вторичные символы. Таким путем Адлер и дошел до того, что стал смотреть на соответственные сексуальные комплексы только как на символы стремления к власти и к успеху; Юнг же заменил в дальнейшем этот взгляд чисто этической точкой зрения. И Адлеру и Юнгу удалось снова погрузить во мрак Фрейдовское понятие инфантильной сексуальности и отказаться от изучения бессознательной душевной жизни в пользу более близких нам областей сознательных и предсознательных идеальных образований.

Взгляды эти не замедлили, конечно, отразиться и на практике. Вместо того, чтобы стремиться к установлению гармонического единства и слияния между бессознательными и сознательными стремлениями, у этих авторов стала все более и более намечаться тенденция игнорировать вовсе все признаки, указывающие на существование бессознательной душевной жизни. Это, конечно, вполне отвечало также и склонности самих больных; а симптомы болезни



стали истолковывать, как дурно подобранные символы для различных культурных устремлений. Таким образом, вся работа психоанализа пошла на смарку, так как она как раз и состоит в преодолении сопротивлений, разделяющих друг от друга отдельные сферы душевной жизни. Все дело свелось к возврату к методу отвлечения Петнама или же к методу убеждения Дюбуа со всеми их несовершенствами и недостатками, о которых мы уже говорили при описании этих методов. По этой причине мы и отнесли анагогические методы к группе методов перевоспитания.

## 7. ОБЩАЯ КРИТИКА ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОГО МЕТОДА.

О преимуществах этого метода мы поговорим подробно в связи с предстоящим нам общим рассуждением о психотерапии в целом, а пока мы ограничимся исключительно обсуждением его недостатков, как действительных, так и кажущихся, только приписываемых ему. Несмотря на то, что сам я являюсь сторонником психоанализа, я все таки вполне признаю, что применение его на практике связано с очень большими затруднениями и невыгодами, но тем не менее я вынужден подчеркнуть, что факт существования границ применимости этого метода был чрезвычайно широко использован теми лицами, которые в сущности по совершенно другим причинам являются противниками психоанализа.

Не так легко определить границы применения метода, находящегося еще в процессе развития. Технические улучшения, внесенные в этот метод в его первоначальной форме, расширили поле его деятельности в такой степени, которую в то время нельзя было себе и представить, но с другой стороны они также точно определили и границы его применимости в других направлениях, нам хорошо известных в настоящее время. Так, напр., решительно ничего нельзя поделать с такими больными, которых заставляют лечиться психоанализом против их желания; но это, конечно, относится в одинаковой мере и ко всем прочим методам. Кроме того, требуется известный довольно высокий интеллектуальный уровень, каковой правда редко отсутствует у истерических пациентов. Мой личный опыт обнимает между прочим довольно значительное количество случаев из среды людей необразованных, и все таки я должен сказать, что только в одном или в двух случаях недостаток интеллектуального развития действительно оказался препятствием для лечения—но даже и в этих случаях были и другие важные факторы, действовавшие в том же направлении.



Очень нелегко лечить больного без знания его родного языка, так как весьма затруднительно следить за игрою слов и за оттенками, намекающими на связь с порою детства. И здесь, как и при других методах, возраст тоже может оказаться весьма серьезным препятствием. Причины этому не столько в понижении пластичности душевной жизни, каковая у разных людей оказывается весьма различной; причины эти не в количестве материала, подлежащего переработке—гипердетерминированность симптомов с течением времени становится все сложнее и сложнее—эти причины в том, что с возрастом уменьшается возможность занять новую позицию по отношению к жизни в целом, труднее начать все сызнова. Этот последний момент определяет также и степень интереса, возбуждаемого тем или иным случаем у врача, так как задача преобразования всей личности человека, конечно, гораздо привлекательнее, да и сулит больше надежд на успех, если главная часть жизни у этого человека еще впереди. Фрейд полагает, что пятьдесят лет это предельный возраст, но многим другим врачам, в том числе и мне, удалось достичь значительных результатов даже с еще более пожилыми пациентами, вплоть до шестидесятилетнего возраста. Очень желательно кроме того, чтобы в личности больного было известное ценное моральное содержание, так как в подобных случаях удается достичь гораздо большего. При решении вопроса, подходит данный больной для такого лечения или нет, приходится, следовательно, принимать в расчет целый ряд соображений. Но вопреки всем этим только что перечисленным квалификациям, наш метод все таки несомненно вполне применим по крайней мере в большинстве всех случаев истерии.

Если мы станем оценивать этот метод с точки зрения самого больного, то можно будет говорить определенно о двух невыгодных его сторонах. Психоаналитик не может предложить больному такого курса лечения, при котором пациент мог бы пассивно выжидать своего выздоровления; он не может отказаться от некоторых особых требований, предъявляемых к душевной деятельности больного; не может удобно вести его за собой, как на буксире, по пути к здоровью; наоборот, от больного требуется активное сотрудничество по отношению к таким задачам, против которых постоянно восстает часть его личности; требования эти являются серьезным испытанием и решимости больного и его терпения. На практике обнаруживается однако следующее: чем глубже проникает анализ, тем все более и более растет в больном самосознание и понимание



самого себя. Это новое знание вместе с пониманием смысла сопротивлений прекрасно справляется, наконец, с тенденцией бросить попытку вылечиться, отказаться от борьбы, так что, если врач достаточно ловок и больной действительно серьезно стремится к выздоровлению, курс лечения редко не доводится до конца из за этой невыгодной стороны метода. Другая из этих сторон это то, что лечение требует очень продолжительного времени. Речь идет всегда по крайней мере о нескольких месяцах, часто требуется целый год и даже гораздо больше. Было положено очень много усилий к тому, чтобы найти возможность какнибудь сократить срок лечения, однако безуспешно; наоборот, опыт указывает на необходимость более основательного, а, следовательно, и более продолжительного лечения, чем это было принято до сих пор. Всякий переворот в душевной жизни не может происходить иначе, как очень медленно, а это создает, к сожалению, непреодолимые препятствия всем попыткам скольконибудь заметным образом сократить продолжительность курса лечения.

Это, конечно, несомненно невыгодная сторона метода. Но можно выставить следующие соображения, когда подчеркивают этот недостаток: очень многие случаи неизлечимы ни каким другим способом или же способны разве лишь на очень незначительное улучшение; помимо этого, анализ можно вести, не отрывая больного от его профессиональных занятий, если прочие условия не мешают этому; с терапевтической точки зрения это даже чрезвычайно желательно. Если же мы учтем то общее количество времени, которое такие больные проводят в санаториях, всевозможных домах отдыха, в путешествиях и т. п., то мы должны будем сказать, что по сравнению с общей суммой этого времени перестает казаться чрезмерно большим тот срок, который необходим для радикального лечения, обещающего прочное выздоровление и общее повышение работоспособности. То же самое приходится сказать и о стоимости лечения, превышающей нередко расходы на серьезную хирургическую операцию; но здесь скорее придется говорить о враче, чем о больном. Если говорить о невыгодной трате времени, то она невыгодна, конечно, для врача, так как соотношение гонорара и потраченного времени складывается для психоаналитика несравненно невыгоднее, чем для врачей других специальностей.

Как против психоаналитического метода лечения, так и против учения Фрейда о неврозах, на котором этот метод основывается, был сделан целый ряд других возражений. Что касается возражений



против учения о неврозах, то мы скажем в настоящий момент только то, что они убедительны не больше и не меньше, чем все возражения иного рода. Многие враждебные нападки служат не столько научным, сколько полемическим целям, так что мы можем обойти их молчанием в нашем изложении. Нетрудно показать, что очень многие возражения представляют собою просто на просто отговорки с целью скрыть гораздо более интимные основания к возражениям; нетрудно показать и то, что противники психоанализа, выступающие со всеми этими возражениями, часто не отдают себе сами ясного отчета в бессознательных корнях своего враждебного к нему отношения. Против самого метода, как такового, настраивают обыкновенно два чрезвычайно глубоко вкоренившиеся предрассудка. Во первых, это та игра слов, с помощью которой ведется обыкновенно часть анализа; она наносит инстинктивное оскорбление нормальному сознанию и пробуждает такое чувство, будто установленные с помощью анализа сближения, аналогии и соотношения натянуты или даже притянуты за волосы; но это неизбежно, если не принимать в расчет, что психические процессы, с которыми мы имеем в данном случае дело, как раз тем то и характерны, что крайне нелогичны: этим они и отличаются от сознательного хода мыслей. При разрешении какого либо симптома приходится идти по тем же самым путям, которыми шло его спонтанное, самопроизвольное образование, вследствие чего приходится сталкиваться необходимым образом с такими механизмами, которые, правда, являются совершенно чуждыми для сознательной душевной жизни, но зато характерны для жизни бессознательной. Отдельные детали тех соотношений и символов, которые были раскрыты с помощью ассоциативного эксперимента, широко подтвердились при сравнении их с теми соотношениями и символами, которые употребительны в других продуктах человеческой фантазии, в особенности в языке обыденной жизни, в остротах, в фольклоре, в суевериях, в различных религиозных представлениях, но всего ярче в тех самопроизвольных толкованиях, которые дают иногда душевнобольные. Что же касается теоретических основных принципов метода, то они основываются не на одних только эмпирических открытиях и выводах, но и на объективных доказательствах экспериментального характера, данных в свое время в одной из ранних работ Юнга и в работах других авторов. Второй из этих предрассудков касается вопроса о сексуальности: всякому понятно, что нет другой темы в той же мере способной вызывать протесты, как эта.



Мы видим, таким образом, что психоанализ проливает свет на две группы явлений, от проявлений которых с помощью значительных сил обороняется душевная жизнь человека, как нормального, так и истеричного. Это, во первых, особый тип мыслительной деятельности, символизирующий или фантастический, и во вторых, группа психических процессов, связанных с сексуальностью и особенно с сексуальностью инфантильной. Силы, враждебные этим явлениям, относятся к тем же самым силам, которые создают у истеричных искажение в выражении вытесненных желаний и вызывают сопротивления против лечения; а человека нормального эти же силы побуждают хвататься за каждый повод и за каждый аргумент, способный дискредитировать метод, направленный к раскрытию того, что должно остаться скрытым. Все эти аргументы обязаны значительной частью своей доказательной силы и своей кажущейся обоснованности не столько своему содержанию, сколько тем бессознательным факторам, орудием которых они являются на деле. На интеллектуальные процессы, являющиеся исключительно отражением более глубоких дефектов, чрезвычайно трудно оказать какое либо влияние, если не обращать внимания на скрыто действующие при этом силы, так как голая логика действительна в этом отношении лишь в очень узких пределах, как это может видеть каждый, кто пытается подойти с разумными доводами к больному, страдающему, напр., навязчивыми или бредовыми идеями. Мы сочли необходимым обратить особенное внимание на эти соображения общего характера, так как опыт показал, что совершенно безуспешно тратить свои силы на опровержение отдельных аргументов, что единственно приличествующий способ трактовки всех этих вопросов состоит в том, что надо прежде всего отдать себе отчет в существе и в причинах тех предрассудков и предвзятых взглядов, которые затемняют взор наблюдателя и искажают его суждения.

Из всех возражений против психоаналитического метода пожалуй самое ходкое следующее: углубляться в сексуальные переживания больного — вредно и нехорошо. Вместе с тем обыкновенно отрицается и значение этого рода явлений в патогенезе истерии. Этот последний аргумент в сущности мало пригоден для поддержки только что упомянутого ходкого возражения. Вся эта манера напоминает противников вивисекции, считающих эксперименты на животных каким то святотатством и обосновывающих этот взгляд попыткой доказать, что эти эксперименты и бесполезны и способны вводить в заблуждение. Но если допустить, что психоаналитиче-



ская точка зрения на патогенез правильна — в чем в настоящее время не сомневаются наиболее компетентные исследователи — то тогда окажется, что авторы только что упомянутого возражения придерживаются той странной точки зрения, что существует группа чрезвычайно важных возбудителей болезни, которая должна занимать какое то обособленное положение, изъемлющее ее из круга деятельности медицинской науки, на подобие все еще существующих в восточных гаремах обычаев допускать врачебное исследование только крайне ограниченных участков человеческого тела. О том, что психоаналитическое исследование может вызвать какой нибудь вред, приходится слышать редко, и никогда не удается узнать чего либо определенного, так что говорить детально на эту тему чрезвычайно трудно. Впрочем, можно, пожалуй, допустить, что при изучении сексуальных мыслей и фантазий больного действительно есть возможность повредить ему, но эта возможность существует также, напр., и при исследовании различных полостей тела; совершенно очевидно, что и в том и в другом случае вредное влияние обусловлено, не исследованием, как таковым, а зависит от того способа, как оно было выполнено. Анализ душевной жизни, проведенный опытным психоаналитиком в такой же мере не похож на беглый «разговор на сексуальные темы», как асептическая операционная рана брюшной стенки непохожа на рваную рану живота от удара дышлом телеги. Здесь будет уместно отметить, что за последнее время, в связи с более широким признанием терапевтических заслуг психоанализа многие врачи стали приниматься за лечение по этому способу; но часто эти врачи берутся за дело, не пройдя предварительно необходимой школы и не будучи знакомы со всеми трудностями. При таких условиях, конечно, нельзя иметь уверенности в том, что не наносишь больным вреда, так сказать, во имя психоанализа.

Часто задается вопрос, зачем вообще касаться вытесненных сексуальных мыслей, допустив даже, что они существуют, не лучше ли вообще не трогать их и оставить их в покое? Нетрудно дать ответ на этот вопрос: было бы, конечно, гораздо приятнее оставить их в покое, но в том то и беда, что у истеричных мысли эти вовсе не находятся в состоянии покоя, да и для больного невозможен никакой покой благодаря этим мыслям. Действие же психоанализа в том то и состоит, чтобы вызванное скрытыми конфликтами брожение было заменено гармоническим состоянием мира и спокойствия.



Часто высказывается опасение, что обследование душевной жизни, составляющее такую существенную часть психоаналитического лечения, может способствовать еще большему развитию склонности к болезненному самонаблюдению, и без того уже резко выраженному у подобного рода пациентов. Но на деле выходит как раз обратное: психоанализ поразительно хорошо избавляет людей от этой склонности. Болезненное самонаблюдение наших пациентов обусловлено тем, что они не в силах освободиться от влияния бессознательных комплексов. Когда это влияние, наконец, устранено, то больной оказывается свободным от навязчивой склонности к постоянному и бесполезному самонаблюдению и может теперь устремить свое внимание и энергию на более полезный род деятельности. Надо сказать, что эгоцентрическое копание невротика в себе, постоянно кружащееся все вокруг одних и тех же тем, очень мало похоже на постепенное, шаг за шагом подвигающееся вперед психоаналитическое обследование, связанное с постепенным ростом самопознания и отчета в себе самом. Можно, конечно, сказать, что оба эти процесса суть виды самонаблюдения, но сходство их не простирается дальше этого названия.

Другое частое возражение подчеркивает то, что обычно на интерпретации ассоциаций пациента сказывается личный момент, не поддающийся учету, и что это вносит в весь метод весьма нежелательный субъективизм. Конечно, совершенно верно, что здесь имеется личный, субъективный момент, так как дело идет о некотором психологическом процессе, но этот момент существует совершенно необходимым образом также и при интерпретации различных сердечных шумов, воспринятых при выслушивании с помощью стетоскопа, или при оценке результатов ощупывания опухолей живота.

При всяком психическом акте, каковым является акт суждения, существует только один способ ограничить субъективный момент самыми минимальными размерами. Для этого необходимо строго придерживаться законов научного мышления (законы эти обязательны в одинаковой степени и для психологических и для физиологических методов исследования) и тщательно изучить субъективные препятствия, вносящие расстройство в эту интеллектуальную функцию. Законность каждого отдельного вывода, который можно сделать на основании наблюдаемых фактов, равно как и правомерность всякого обобщения, зависит исключительно от двух критериев, а, именно, от способности к обобщению, способности к группировке



всех наблюдаемых явлений и к их объяснению, и от умения предсказывать наступление сходных явлений в будущем. Что касается психоанализа, то в нем так же строго принято придерживаться научных критериев, как и во всех других отделах научной медицины. Но кроме того, только в психоанализе существует гарантия в том, что врач сам вполне отдает себе отчет в тех психологических задержках, которые так легко возникают на пути следования законам научного мышления. Эта особенность врача-психоаналитика, особенность единственная и беспримерная, обязана своим существованием анализу, проделываемому над самим собой врачом-аналитиком. Тема эта по самой своей сущности слишком сложна, чтобы можно было требовать определенных и детальных правил — по крайней мере в настоящее время — в роде тех, что существуют при анализе какого нибудь простого солевого раствора. Правила эти установить невозможно, и нельзя совершенно исключить из нашего метода момент личной опытности и личной оценки, но все таки психоанализ дает так много возможностей для проверки и подтверждения отдельных выводов, и возможности эти создают такой противовес всем колебаниям, возникающим вследствие привнесения личных ошибок в наблюдения, что можно придавать высокую степень вероятности тем выводам, которые делаются опытным психоаналитиком. Дальнейшее обсуждение этого вопроса завело бы нас слишком далеко в область специальной техники психоанализа, — для изучения этих вопросов читателю придется обратиться к соответственным специальным сочинениям.

#### 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ О ПСИХОТЕРАПИИ.

Переходя к сравнительной оценке отдельных видов психотерапии, нам приходится, как и всегда, когда речь заходит о каком нибудь клиническом методе, различать друг от друга оценку чисто научного их значения и оценку клинической пригодности, определяющейся требованиями практики; обратимся сперва к первому из этих вопросов.

Сравнение терапевтических результатов, достигаемых при посредстве всех этих различных, описанных нами выше, методов, дело очень затруднительное. Отчасти потому, что критерий выздоровления для истерии установлен гораздо менее определенно, чем для других болезней, с другой стороны вследствие трудности собрать соответственное количество случаев, в которых применялось различное лечение, и которые были бы затем прослежены в тече-



ние достаточно долгого времени, чтобы можно было судить о них с достаточной основательностью. При таких условиях возможны только два пути для того, чтобы прийти к сравнительной оценке: первый способ состоит в изучении действия различных способов лечения в какомнибудь одном и том же случае, второй прием состоит в рассмотрении взглядов врачей, пользовавшихся несколькими методами, и высказывавшихся по поводу своего опыта в этом направлении. Но, к сожалению, число таких исследователей, располагающих подобного рода сравнительными наблюдениями, очень невелико, так как большинство врачей по вполне понятным причинам ограничивается обыкновенно какойнибудь одной лечебной системой. Взгляды тех из них, которые применяли исключительно наиболее простые методы, в данном контексте, конечно, не имеют очень большого значения; и хотя большинство врачей, применяющих в настоящее время психоанализ, прежде пользовалось гипнозом, зато очень немногие из них знакомы с методами перевоспитания Жана, Пренса, Фогта и других авторов. У меня самого накопился с течением времени довольно обширный материал, обнимающий все наиболее важные из описанных здесь методов, поэтому я решаюсь обосновывать свои выводы в очень значительной степени на этом личном опыте.

Вот эти выводы. Во первых, с каждым из указанных методов мне удавалось достигать вполне удовлетворительных, успешных результатов, но также и наоборот: бывали неудачи опять таки с каждым из этих методов. Отсюда, повидимому, прямо вытекает следующее заключение: в некоторых случаях весьма легко добиться излечения в практическом смысле, в других, наоборот, чрезвычайно трудно, может быть даже и невозможно; большинство случаев расположено вероятно между этими двумя крайностями. Но надо сказать, что самый характер благоприятных результатов, достигаемых с помощью различных методов, весьма различен: успех тем более значителен, чем основательнее и серьезнее тот метод, который был применен (соответственно принятому нами в нашем описании порядку расположения методов). Тот же вывод напрашивается, если мы станем сравнивать между собой результаты лечения разными методами в какомнибудь одном и том же случае.

Только один раз пришлось мне слышать, как в одном случае гипноз имел более успешный результат, чем психоанализ, но зато мне самому пришлось наблюдать большое число случаев, при которых психоанализ давал хороший результат, после полной неудачи



со всеми остальными методами. И, действительно, очень нередко случается, что больной, поступивший ко мне для лечения психоанализом, уже лечился до этого тем или иным способом и без всякого успеха. Я совершенно отказался от применения методов лечения внушением (кроме совершенно исключительных условий) и сделал это, как вследствие несовершенства получающихся при них результатов по сравнению с другими методами, так и вследствие неудобств, создаваемых зависимостью больного от врача, и полной невозможности сколько нибудь вероятного предсказания о том, как пойдет дальше развитие болезни после видимого выздоровления в настоящее время. Как показывает мой личный опыт, все эти недостатки в гораздо меньшей степени присущи психоаналитическому методу, чем всем остальным. Психоанализ гораздо радикальнее, чем остальные методы, подходит к краеугольным причинам заболевания и в большей мере осуществляет тот принцип самодетельности, о котором мы говорили выше. Влияние психоанализа простирается поэтому не на одни лишь корни временных симптомов, наблюдающихся в настоящий момент, но на всю совокупность патогенного материала, имеющегося в душевной жизни больного. Он дает в силу этого и самую верную профилактику против возможных патологических отклонений в будущем. Надо сказать, что во многих отношениях приходится смотреть на психоанализ, как на нечто гораздо более значительное, чем просто лечебный прием: как на серьезное перевоспитание всей душевной жизни больного, дающее ему знание самого себя, своих целей и умение господствовать над собой.

Итак, автор этой книги убежден в первенствующем значении психоаналитического метода при лечении истерических заболеваний и готов стоять за применение его везде, где оно только возможно. Но остается ответить на вопрос, в каких пределах применим наш метод при современном положении медицинской практики. Так, напр., утверждали, что этим методом должны пользоваться только очень немногие специалисты, так как изучение его техники требует особой подготовки, включая и почти абсолютно необходимый самоанализ. Многие авторы высказывали даже взгляд, что метод этот доступен только лицам, одаренным особой психологической проникательностью.

На это последнее утверждение мы можем возразить со спокойной совестью; у нас есть все основания думать, что только небольшое число врачей оказалось бы неспособным успешно вла-



деть этим методом, хотя, конечно, можно ожидать, что люди с особым дарованием будут иметь несравненно больше успеха, чем остальные, как и везде, когда дело идет о трудной технике, в роде, напр., бактериологической или хирургической. И даже в том случае, если бы применение этого метода действительно должно было быть отдано в руки только очень небольшой группы врачей-специалистов, как это имеет место, напр., при различных, особенно ответственных хирургических операциях, то и при таких условиях все таки не было бы никаких оснований утверждать, что рядовому врачу нет нужды быть с ними вообще знакомым. Мы не должны упускать из виду и того, как важно, чтобы практический врач, которому, конечно, больше всего приходится входить в соприкосновение с подобного рода больными, знал по крайней мере те основные принципы, на которых основан этот метод. Дело в том, что можно сделать очень много в смысле предупреждения заболевания истерией в будущем, если обратить внимание на сравнительно простые явления в детском возрасте (конечно, если знаешь, каким из них надо придавать наибольшее значение).

Врачи в общем мало подготовлены к пользованию психологическими приемами. Такое положение вещей в высшей степени печально, особенно если вспомнить о наблюдавшихся за последнее время в этой области злоупотреблениях, когда за это дело брались лица без соответственной квалификации; этому горю нельзя помочь созданием небольшой группы специалистов. За последнее время, и в особенности после войны, становится во всех отношениях все более и более ясным, что если врачи и впредь будут продолжать игнорировать психические патогенные факторы, то это будет наносить ущерб и престижу врачебного сословия и здоровью больных.

Когда дело идет о том, чтобы применить новые и более соответственные меры при лечении истерии, то многие врачи проявляют какое то упорство и неспособность встать на новую точку зрения. Это обстоятельство дает только лишний аргумент в пользу общепризнанного в настоящий момент требования о необходимости пополнить врачебное образование введением систематического обучения принципам клинической психологии; в теперешнем учебном плане этому предмету как известно, вовсе <sup>1)</sup> не уделено места. Те затруднения, которые возникают на пути борьбы за признание психоаналитического метода, приходится таким образом усматривать не в сущ-

<sup>1)</sup> См. по этому поводу превосходную работу Elliot Smith и Pear. «Shell Shock», 1917.



ности этого метода, а прежде всего в особенностях врачебного образования. Не подлежит сомнению, что в течение некоторого времени врачи попрежнему будут продолжать применение более грубых и менее целесообразных способов лечения, но они все яснее и яснее будут сознавать при этом, что они не делают всего, что можно сделать, для своих пациентов, что наука сделала важный шаг вперед, которым они, вследствие своей недостаточной подготовки, не сумели воспользоваться надлежащим образом. Эти соображения приобретают еще больше значения, если мы только отдадим себе отчет в том, что они относятся не исключительно к лечению одной только истерии или вообще неврозов, но что они применимы к гораздо более широкому кругу болезненных состояний, чем это обыкновенно думают.

Е. В. Тайлор выступил с предложением создать некий модифицированный вид психоанализа. Он исходит из того соображения, что этот метод, оказавшийся столь пригодным, следовало бы подвергнуть упрощению, так чтобы он стал доступен и для врачей, не искушенных в клинической психологии. Надо однако сказать, что представляется чрезвычайно мало вероятным, чтобы эта цель могла быть достигнута, так как по мере углубления наших знаний все яснее и яснее обрисовывается вся сложность интересующих нас факторов, а в связи с этим также и необходимость соответственных технических усовершенствований. Сложность обуславливается не методом, как таковым, а самим материалом, так что трудность упрощения метода зависит от самой сути дела, а не от внешних обстоятельств. Примеры же, приводимые Тайлором<sup>1)</sup>, совершенно недоказательны, так как демонстрируют вовсе не психоанализ, а самые простые формы «изъяснений»; в них поэтому сказываются все те же недочеты, о которых нам уже приходилось говорить выше. Предложение Тайлора было бы гораздо более ценно, если бы он обратил внимание на то, что нередко, независимо от лечения, уже один простой совет, данный опытным врачом-психоаналитиком, может иметь огромное практическое значение для больного, может помочь ему избежать больших страданий в будущем. Это самое имели в виду и мы, когда подчеркивали всю важность того, чтобы это вообще поняли наконец врачи. Но было бы грубой ошибкой, если бы мы стали смешивать подобные практические советы (имеющие по необходимости очень ограниченное значение) с психоанализом, как таковым.

<sup>1)</sup> E. W. Taylor, «Journal of Abnormal Psychology», vol. IV, p. 449.



Затем, высказывали также мысль, что лечение психоанализом во всяком случае совершенно исключено для пациентов больниц и клиник вследствие слишком большого количества времени, отнимаемого этим лечением. Но совершенно очевидно, что возможности могли бы появиться, если бы мы прониклись желанием провести подобное лечение у пациентов этой группы. Если мы признаем желательным, чтобы и для этих больных был сделан максимум возможного, то найдется и способ осуществить это, хотя, конечно, для этого понадобилось бы гораздо большее число подготовленных психоаналитиков, чем то, которым мы в настоящее время располагаем. Достаточно вспомнить хотя бы об истории развития санаторного лечения туберкулезных. Когда этот способ лечения только начинал развиваться, то все уверяли, что удастся провести его только по отношению к зажиточным пациентам, но когда в дальнейшем поняли, что отказываясь от санаторного лечения, мы наносим ущерб больным, то оказалось возможным преодолеть материальные затруднения, в результате чего стали строить особые здания, стали соответственным образом подготавливать медицинский персонал, и врачебный и средний, и в конце концов возникла целая система лечения, по своей дороговизне и по сложности организации едва ли имеющая равную. Что касается лечения психоанализом, то для того чтобы лечение это проводилось в более широком масштабе, нужны исключительно врачи и только. И очень желательно, чтобы этот лечебный метод не отставал по сравнению с лечением туберкулеза в смысле использования его способности приносить облегчение больным людям и давать им возможность поднять свою социальную ценность и работоспособность.

Я имею при этом в виду совсем не те грубые, не получившие признания претензии, которые были предъявлены такими организациями, как общество Эммануэлистов или Эддиистов. Я говорю о стремлениях, появившихся в гораздо более серьезных кругах.

Подобно физическим заболеваниям должны, конечно, раз навсегда войти в круг врачебного ведения и заболевания психические; и врачу необходимо защищать этот свой круг от посягательств со стороны профанов, но для успеха этого дела абсолютно необходимо, чтобы получаемое врачами образование было обязательно дополнено соответственной широкой подготовкой в сфере клинической психологии.



## БИБЛИОГРАФИЯ.

### ОБЩИЕ СОЧИНЕНИЯ.

- Bleuler, Psychotherapie. Münchener Med. Woch. 1905, стр. 222.  
Freud, Über Psychotherapie. 1905 (есть русск. перевод). Напечатано также в Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. I Folge.  
Hart Bernard, The Methods of Psychotherapy. Proceedings of the Royal Society of Medicine, Дек. 1918.  
Löwenfeld, Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. 1897.  
Münsterberg, Psychotherapy. 1909. Psychotherapeutics, A Simposium by various Authors (Badger, Boston 1909).  
Prince Morton, The psychological Principles and Field of Psychotherapy. Journal of Abnormal Psych., Vol IV.  
Raymond, Névroses et psycho-névroses. 1907.  
Rosenbach, Nevrose Zustände und ihre psychische Behandlung. 1897.  
Sollier, Многочисленные статьи в Archives de Neurologie и в Journal de Psychologie.  
См. также Journal of Abnormal Psychology, Journal de Psychologie, Zeitschrift für Psychotherapie und medicinische Psychologie и Journal für Psychologie und Neurologie.

### ВНУШЕНИЕ И УБЕЖДЕНИЕ.

- Babinsky and Froment, Hysteria or Pithiatism (Англ. перев.). 1918.  
Benedikt, Hypnotismus und Suggestion. 1894.  
Bérillon, Многочисленные статьи в Revue de l'hypnotisme.  
Bernheim, Hypnotisme, Suggestion und Psychotherapie. 1903.  
Bramwell Milne, Hypnotism, its History, Practice and Theory. 1906.  
Camus et Pagniez, Isolement et Psychotherapie. 1904.  
Déjerine et Gauckler, Les manifestations fonctionnelles de Psycho-névroses: leur traitement par la Psychotherapie. 1911 (имеется русск. перевод).  
Dubois, Les Psycho-Névroses et leur traitement moral. 1908 (имеется русск. перевод).  
Dubois, L'éducation de soi-même. 1908.  
Ferenczi, Introjection und Übertragung. Jahrbuch der Psychoanalyse, B. I.  
Forel, Der Hypnotismus oder die Suggestion und die Psychotherapie. 1911.  
Forel, Hypnotism. Discussion at the International Congress for medical Psychology. Journal f. Psychologie et Neurologie. B. XIX.  
Jones Ernest, The Action of Suggestion in Psychotherapy. Journal of Abnormal Psychology, Vol V. (помещено также и в его Papers on Psycho-Analysis 1918).  
Levy, L'éducation rationnelle de la volonté; son emploi thérapeutique. 1907.  
Levy, Neurasthenie et Névroses: leur guérison en cure libre. 1909.  
Putnam, On the Etiology and Treatment of the Psychonevroses. Boston Med. and Surg. Journal, 1910.  
De la Tourette, L'hypnotisme et les états analogues. 1889.  
Tuckey Lloyd, Treatment by Hypnotism and Suggestion. 1913.  
См. также Revue de l'hypnotisme и Zeitschrift für Hypnotismus.



ПЕРЕВОСПИТАНИЕ.

- Bezzola, Zur Analyse psychotraumatischer Symptome. Journal für Psychologie und Neurologie, Band VIII.
- Contet, Les méthodes de Rééducation en thérapeutique. 1905.
- Janet, Traitement psychologique de l'hystérie, помещено у Robin, Traité de thérapeutique.
- Janet, Les méditations psychologiques. 1919 et seq.
- Jones Ernest, The Mechanism of a severe Briquet Attack. Journal of Abnormal Psychology, vol II.
- Jones Ernest, Remarks on a Case of complete Autopsychic Amnesia. Journal of abnormal Psychology, Vol. IV.
- Jones Ernest, Analytical Psychology. 2-nd Ed. 1917.
- Prince Morton, Ряд статей в Journal of Abnormal Psychology.
- Vogt Oskar, Многочисленные статьи в Zeitschrift für Hypnotismus, особенно в Bd. III и XI.

ПСИХОАНАЛИЗ.

- Brill, Psychoanalysis: Its theory and practical Application. 2-nd Ed. 1914.
- Breuer und Freud, Studien über Hysterie. 1895.
- Ferenczi, Contributions to Psycho-Analysis. 1916.
- Freud, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 4 тома. 1906—1918.
- Фрейд, Лекции по введению в психоанализ. 1915—1917. (Русск. изд. 1922. Гос. Издат. Т. 1—2 настоящей библиотеки).
- Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. 2 изд. 1913.
- Jones Ernest, Papers on Psycho-Analysis. 2-nd Ed. 1918.
- Jung, Psychoanalyse und Assoziations-experiment. Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. III.
- Jung, The Association Method, American Journal of Psychology. 1910.
- Kaplan, Grundzüge der Psychoanalyse.
- Muthmann, Zur Psychologie neurotischer Symptome. 1907.
- Pfister, Die psychoanalytische Methode. 1913.
- Putnam, Ряд статей в Boston Med. and Surg. Journal. Journal of Nerv. and Ment. Dis., etc. (Том I Internat. Psycho-Analytic Library. 1921).
- Régis et Hesnard, La psychoanalyse des Névroses et Psychoses. 1914.
- См. также Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrbuch der Psychoanalyse, Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse, Psychoanalytical Review и International Journal of Psycho-Analysis.



## ГЛАВА ТРЕТЬЯ.

### НЕВРОЗ СТРАХА.

Симптомы, объединяемые нами под этим названием, учебники обычно относят всегда к неврастении, но это очень печальное заблуждение, которое ведет к затемнению большого различия в патологии этих двух болезненных состояний. Группа симптомов страха была впервые описана Геккером (Hecker) в 1893 году, затем независимо от Геккера Фрейд (1895) и Мортон Пренс (1898) отделили ее от неврастении. Однако трактовка симптоматологии и патологии этого состояния, предложенная последним из этих двух авторов, оказалась очень недостаточной.

Название «невроз страха» дал этой болезни Фрейд, так как страх представляет собою ее самый постоянный симптом, все же остальные симптомы тесно связаны со страхом и их можно рассматривать просто как различные формы его проявления или выражения.

#### А. СИМПТОМЫ.

Надо различать временные симптомы, появляющиеся в виде приступов, и стойкие, длительные. Первые из них представляют собою однако всего лишь усиления последних. Чувство страха во время острого приступа бывает нередко очень интенсивным и сопровождается ощущением прилива крови к голове; появляется боязнь, что вот вот может случиться удар, наступит смерть или безумие. Так дело может дойти даже до потери сознания, и обморок является часто только симптомом невроза страха. Течение мыслей или очень ускоренное и возбужденное, или, наоборот, настолько замедленное, что у больного наступает полное отсутствие представлений, пустота в голове. Если приступ легкий, то больной ощущает лишь неуверенность, замешательство и неспособность бороться с мыслями. Чаще всего подобное состояние наступает



как раз перед предстоящим пациенту устным экзаменом, публичною речью или перед выступлением на сцене («сценическая лихорадка», «Rampenfieber»). Деятельность сердца ускоряется, иной раз наступают судорожные боли в сердце, резкое сердцебиение, неправильности ритма сердца и пульса, сердце временами как бы останавливается. Сюда относятся многочисленные случаи, наблюдавшиеся во время войны у солдат, описываемые обычно, как «невроз сердца».

Могут развиваться приступы общего дрожания или проливного пота с одновременным резким расширением зрачков, кроме того такие же приступы тошноты, а во многих случаях даже и рвоты. Может развиться также общее ненормальное состояние гладкой мускулатуры, характеризующееся чрезмерностью и беспорядочностью в ее сокращениях, вследствие чего могут наступать судорожное опорожнение кишечника, частые позывы на мочу и на низ, отхождение семени, соответственные разряды во влагалище, сужение кожных сосудов, вплоть до похолодения и цианоза кожи и т. п. Сильно затрагивается также и секреторная деятельность желез. Обыкновенно совершенно прекращается отделение слюны и желудочного сока, отделение же пота и мочи, наоборот, усиливается. Во многих случаях чрезвычайно резко выражены симптомы со стороны органов дыхания, главным образом в виде приступов астмы с одышкой, чувством стеснения дыхания вплоть до удушья.

Приступы эти часто являются замаскированными (ларвированными) или рудиментарными, так что фактически развиваются не все симптомы, а только некоторые. Самые частые приступы рудиментарного характера это сердцебиение, головокружение, волчий голод, резкий пот, непреодолимые позывы на мочу или на низ, чувство удушья. Все эти явления сопровождаются чувством страха; интенсивность этого чувства бывает очень различна. Больные редко сами жалуются на этот страх, так как все их внимание обыкновенно целиком поглощено соматическими сопутствующими ему явлениями.

Перейдем теперь к хроническому состоянию. Оно характеризуется постоянным тревожным ожиданием, постоянной боязливостью, всегда готовой сочетаться с тем или иным представлением, которое может дать какой либо повод для развития страха, так, напр., с мыслями о бедности, банкротстве, потере здоровья или трудоспособности, с представлениями об опасностях, угрожающих откуда то со стороны, напр., гроза, несчастный случай и т. п. Связь чув-



ства страха с этими представлениями поверхностная, не прочная; стойкая связь бывает только при ясно выраженных фобиях, которые не относятся однако к разбираемому нами неврозу. Почти всегда можно отметить жалобы на дурной сон, чаще всего на бессоницу или кошмарные сны. Кроме этого у больных бывает постоянно общее беспокойство, «нервность» или пугливость и раздражительность наряду с особой гиперестезией слуха. Из других стойких симптомов надо отметить легкие головокружения, вазомоторные приливы, вызывающие попеременно ощущение то холода, то тепла в конечностях, желудочные и кишечные расстройства, в особенности тошнота и понос, симптомы со стороны сердца и дыхания, напр., судорожные ощущения в сердце, ощущения сжатия, периодические глубокие вздохи при вдыхании и всяческие парестезии, могущие симулировать ревматические или невралгические боли.

Наше описание показывает, как поразительно многообразно это заболевание, и сколько к нему относится таких явлений, которые обычно приписываются неврастению. Вспомним только о большом числе всякого рода невротиков, одержимых хронической боязливостью и раздражительностью, мучающих себя совершенно бесполезными заботами, страдающих парестезиями и невралгиями, обозначаемыми обыкновенно неопределенным термином «неврит», а также субъектов с расстройствами кровообращения, рассматриваемыми как невроз блуждающего нерва или *Pseudoangina pectoris*; отметим кроме того желудочные заболевания, принимаемые за диспепсию или язву желудка, всевозможные неопределенные функциональные расстройства в роде бессоницы, волнения перед выступлением на сцене, ощущений жара и озноба вазомоторного происхождения.

И все-таки не представляет труда объединить в одной формуле всю эту, с внешней стороны как бы гетерогенную группу психических и физических симптомов и синдромов. Все их можно рассматривать, как искаженное или преувеличенное выражение нормальных физиологических спутников страха. Весь невроз принимает таким образом характер извращения аффекта страха. Патологическая природа этого состояния состоит по сути дела в том, что больной испытывает страх в такой сильной степени, которую никак нельзя сколько нибудь удовлетворительно объяснить за счет тех или иных внешних обстоятельств. Мы видим кроме того, что все симптомы могут быть разбиты на две группы: одни из них представляют собою проявления повышения активности, другие,



паоборот, ее понижения и заторможения. К числу первых относятся, напр., тахикардия, ускоренное дыхание и полиурия; ко вторым расслабление мышц желудка, одышка со вздохами и т. п. Это замечание относится в одинаковой мере как к физическим, так и к психическим симптомам.

## В. ДИАГНОЗ.

Когда приходится ставить диагноз этого состояния, то нельзя упускать из виду две его главные особенности. Первая из них состоит в том, что симптомы, связанные с той или иной системой органов, часто до такой степени выступают на первый план, что ими определяется в сущности и вся дальнейшая клиническая картина.

В этих случаях очень легко происходит следующее: эти выдвигающиеся на первый план симптомы привлекают к себе весь интерес и все внимание, остальные же явления остаются в тени, и общая природа всего заболевания ускользает. Только в редких случаях можно наблюдать одновременно все возможные вообще при этом заболевании симптомы и при том в столь стройной картине, как та, которую мы обрисовали выше; почти всегда наблюдается в большей или меньшей степени та или иная локализация симптомов. Локализация эта определяется частью психическими, частью же физическими моментами; так, напр., у больного, страдающего органическим пороком сердца, скорее, чем у иного пациента, могут развиваться симптомы со стороны сердца, если он заболел неврозом страха. В очень многих случаях астмы, ангины, желудочных и кишечных расстройств и т. п., болезненные симптомы относятся за счет органических дефектов, при чем это бывает совершенно неверно, ошибка же объясняется тем, что просто не знают лежащего в основе этих явлений первичного невроза. Невроз может также симулировать очень большое число различных органических заболеваний и сходство в картине болезни может быть настолько велико, что практический врач нередко оказывается введенным в заблуждение. Мне неоднократно приходилось наблюдать, как в случаях невроза страха у больного ставился диагноз легочного туберкулеза исключительно на основании потери веса, ночных потов и неопределенных расстройств со стороны дыхания. Вторая особенность заключается в том, что явления со стороны психики нередко отступают на задний план по сравнению с физическими симптомами,



так что наблюдателю нетрудно просто просмотреть их. Резкое преобладание физических проявлений по сравнению с психическими является вообще характерным признаком патологического страха в отличие от страха нормального, и оно особенно характерно для более легких и хронических форм этого заболевания.

Мы должны помнить об этом пункте, когда нам приходится решать вопрос о том, является ли страх данной определенной интенсивности нормальным или патологическим, и нам нельзя упускать из виду также и нашего прежнего замечания об адекватности реакции по отношению к степени интенсивности причин, вызвавших эту реакцию.

### С. ПАТОГЕНЕЗ.

Что касается дальнейших деталей симптоматологии, этиологии и патологии, то мы отсылаем читателя к оригинальным работам Фрейда на эту тему; хорошее описание клинической картины дано также и у Левенфельда (Löwenfeld) <sup>1)</sup>. Тех читателей, которые заинтересовались бы теми разнообразными воззрениями, которые были высказаны разными авторами по вопросу о патологии этого состояния, я отсылаю к моей собственной, недавно опубликованной, детальной работе на эту тему <sup>2)</sup>.

Здесь я могу поделиться только выводами этой моей работы, да и то в очень краткой форме. За исключением Пренса, нет почти ни одного автора, который защищал бы психологическую теорию этого состояния. Все остальные пытаются объяснить это состояние, исходя из чисто физиологической базы; две точки зрения в общем являются господствующими. Одни из авторов принимают повышенную возбудимость центров, от которых зависит регуляция симпатической нервной системы и работа внутренних органов; другие высказываются за повышенную раздражимость нервной системы, объясняемую раздражениями, исходящими от этих органов. Все авторы сходятся на том, что дело в данном случае сводится главным образом к процессам перевозбуждения; одни из авторов полагают, что перевозбуждение это относительное, так как зависит от действия нормальных раздражителей на чрезмерно возбудимые центры, другие считают его абсолютным, принимая действие чрез-

<sup>1)</sup> Löwenfeld, «Die psychischen Zwangsercheinungen». 1904.

<sup>2)</sup> Papers on Psycho-Analysis, Ch. XXVII. 1918.



мерно сильных раздражений на нормальные центры. Невозможность в большинстве случаев отыскать источник патологических раздражителей во внутренних органах послужила причиной тому, что большинство авторов присоединилось к первому взгляду, хотя взгляд этот в такой же мере, как и второй, лишен всяких положительных доказательств.

Несколько более приблизился к решению вопроса Жане: он указал на аналогию между невротическими симптомами и явлениями, которые развиваются в тех случаях, когда висцеральные раздражения не получают нормального оттока. В конце концов решение вопроса было дано Фрейдом: он открыл эмпирически источник повышенного возбуждения, но этот источник оказался не там, где его до сих пор искали, не в патологических явлениях во внутренних органах, а в более физиологической области: в чрезмерном и неразрешенном сексуальном напряжении. Вот положения, выставленные им по этому вопросу: при известных условиях возможно появление такого сексуального возбуждения, которое не только не ведет, как это было бы естественно, к нормальному физическому удовлетворению, но при котором может даже не дойти до сознания и самое желание этого удовлетворения. Будучи отклоненным от своей цели, такое возбуждение проявляется с психической стороны в явлениях страха, а с физической — в тех соматических явлениях, которые являются физиологическими спутниками страха. Мы не можем входить в подробное обсуждение вопроса о соотношениях между аффектом страха и сексуальной функцией, так как мы заняты здесь не общей теорией неврозов в ее целом, а всего лишь некоторыми ее сторонами, важными в клиническом отношении.

Всякий, кому пришлось тщательно изучать фактический материал, должен был согласиться со взглядом Фрейда на патологию невроза страха, так что мы можем принять этот взгляд в основу нашего дальнейшего изложения этой темы. Два момента играют главную роль при возникновении этого заболевания: с одной стороны повышенное сексуальное возбуждение, а с другой — недостаточное или несоответственное разрешение сексуального напряжения; чем более выражен один из этих двух моментов, тем более может — при том же самом конечном эффекте — отступать на задний план другой. Следы этого невроза встречаются чрезвычайно часто; это находит свое объяснение в том, что и комбинация указанных двух моментов — также крайне часто встречающееся в действительной жизни явление. Мы не будем входить в подробное



обсуждение всех тех условий, при которых возникает этот невроз в отдельных, индивидуальных случаях. Типические же примеры следующие: страстная нежность в период времени между обручением и свадьбой, особенно если период этот длится продолжительное время; применение всяких вредных средств для предупреждения беременности, и в особенности *coitus interruptus*, являющийся, повидимому, самой частой причиной этого невроза; внезапное знакомство с грубыми фактами половой жизни у девушек и женщин; отсутствие гармонического отношения между либидо и потенцией или между либидо и возможностью его удовлетворения, состояние очень часто наблюдающееся у лиц обоих полов в возрасте после пятидесяти лет; при известных условиях также и половое воздержание, особенно, если человек внезапно попадает в такие условия, при которых он должен отказывать себе в ставшем-привычным удовлетворении. Каждая из этих ситуаций еще скорее поведет к возникновению невроза, если подавление физической потребности в удовлетворении идет рука об руку с чрезмерным вытеснением в сфере психической.

При этом мы, конечно, не должны забывать, что к этим факторам может присоединиться еще и целый ряд других и при том самых разнообразных; это могут быть прежде всего естественные поводы для страха — болезнь или опасность, угрожающая какому-нибудь члену семейства, боязнь неуспеха и т. д., — а кроме того и такие моменты, как горе, заботы, потрясение, душевное переутомление. Нередко случается, что вспышка невроза вызывается как раз одним из этих факторов и что невроз исчезает совершенно или частично, как только прекращают свою деятельность подобные вспомогательные факторы. Но ни один из этих факторов не обязателен, в отдельных индивидуальных случаях все они могут даже совершенно отсутствовать, но фактор специфический и существенный бывает зато всегда налицо; невроз страха никогда не разовьется у такого человека, сексуальные потребности которого удовлетворены. Как и при большинстве других болезней, напр., как при инфекционных заболеваниях, специфические возбудители могут быть налицо и не возбуждая болезни, здесь все зависит исключительно от их интенсивности и дозировки. В подобных случаях присоединение какого-нибудь вспомогательного фактора может создать такое напряжение, которого будет достаточно, чтобы вызвать к жизни невроз, бывший до этого в латентном состоянии; и невроз переходит снова в скрытое состояние, как только прекращается дея-



тельность этого фактора. При таких условиях, конечно, вполне естественно, что поверхностный наблюдатель почти всегда сочтет этот вспомогательный момент за настоящую причину заболевания, подобно тому как несколько лет тому назад считали, что испуг является причиной, вызывающей базедову болезнь. В действительности положение дел таково, что деятельность специфического возбудителя понижает сопротивляемость данного индивидуума по отношению к требованиям повседневной жизни, так что они начинают одолевать его, между тем как при иных условиях он был бы вполне способен справиться с ним. В очень многих случаях для развития болезни вовсе и не требуется никакого вспомогательного момента, так как интенсивность специфического момента достаточно велика, чтобы и сама по себе вызвать заболевание.

## Д. ЛЕЧЕНИЕ.

Есть три способа лечения невроза страха. Они отличаются смотря по тому, против которой из трех причин предпринимается лечение. Причины эти следующие: специфическая, конституциональная и вспомогательная; мы их и обсудим в этом же порядке.

### СПЕЦИФИЧЕСКИЙ МОМЕНТ.

Устранение причин этого рода представляет собою единственный радикальный способ лечения данного невроза. Лечение это состоит в установлении того, в чем собственно заключается в данном случае расстройство половой жизни, и в соответственных мерах к устранению этих непорядков. Если мы вспомним о тех ситуациях, которые могут послужить исходной точкой для начала этого заболевания, то мы увидим, что их можно, говоря вообще, разделить на две группы. Одни из них таковы, что их можно устранить с помощью нескольких слов, подходящим советом; другие, наоборот, можно сказать, совсем почти не поддаются устранению. В первом случае невроз быстро поддается излечению, если устранить неправильности в половой жизни, если, напр., предложить пациенту прекратить coitus interruptus, заменив его или совершенно нормальными сношениями или же сношениями с помощью каких либо более гигиенических мер предупреждения. Что касается второй группы случаев, то часто совершенно не во власти врача советовать что либо в смысле изменения половой жизни, как, напр., во многих случаях вынужденного воздержания. Мы должны поэтому установить следу-



ющее правило: всюду, где это возможно, следовало бы вносить корректив в половую жизнь, если в ней имеются отклонения от нормы; если это невозможно, то врачу приходится обращаться к одному из двух методов, которые мы сейчас же опишем.

#### КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ МОМЕНТ.

Обычные наблюдения показывают, что при сходстве только что упомянутых специфических моментов один субъект может гораздо больше, гораздо сильнее страдать от страха, чем другой. Сходные соотношения известны нам вообще во всех областях медицины, и мы привыкли объяснять их влиянием более или менее резко очерченного «конституционального» фактора, присоединяющегося, повидимому, в некоторых случаях и отсутствующего наоборот в других; фактор этот обычно, но не всегда, является унаследованным. С таким конституциональным фактором мы встречаемся и при неврозе страха и можем, к счастью, определить его природу и способ действия. От специфического фактора он отличается тем, что является моментом чисто психическим, а кроме этого и тем, что происхождение его связано с ранним детством пациента. Можно оказать на него благоприятное воздействие подходящим психотерапевтическим лечением: можно так подействовать на пациента, что он окажется в состоянии переносить соответственную специфическую патогенную ситуацию с гораздо меньшими, а часто и вообще без всяких вредных для себя последствий.

Чтобы сделать этот пункт более ясным, мне придется забежать немного вперед и сказать несколько слов по поводу разбираемой мною в следующей главе истерии страха. Я беру два примера для моего объяснения. В первом случае дело идет о мужчине, психическое развитие которого в детском возрасте шло совершенно нормально, но который в настоящее время страдает болезненным страхом, обусловленным тем, что в течение многих лет практиковал coitus interruptus (особенно плохо было ему, когда он выполнял с. interr. в его наиболее вредной форме, т. е. когда он руководился исключительно удовлетворением своей супруги). Второй случай касается также мужчины, но с иным типом психического развития в раннем детстве: развитие это имело очень серьезные последствия для его психо-сексуальной жизни, вследствие чего он не в состоянии найти удовлетворение даже и при благоприятных внешних условиях — он может, напр., становиться импотентным — и у него так же, как и у первого пациента, развивается болезнен-



ный страх вследствие неразрешенного сексуального напряжения. Первый случай это — пример невроза страха, второй — случай истерии страха («Angst-Hysterie»). В первом случае первичная причина является экзогенной, во втором — она в среде самой душевной жизни больного. Между этими двумя крайними точками можно наблюдать целый ряд промежуточных ступеней с самым разнообразным относительным значением актуального физического расстройства и психогенного расстройства в прошлом. Обыкновенным средним типом является тип человека, у которого до известной степени действуют вредные влияния, существующие со времен детства, но все таки не развивается никаких симптомов страха до тех пор, пока его сексуальная функция протекает совершенно нормально; но симптомы эти появляются тотчас же, как только наступает малейшее нарушение этой функции. Такой субъект в гораздо меньшей степени, чем человек нормальный, способен переносить без вреда уклонения от нормальной сексуальной функции; так, напр., симптомы страха могут появляться у него уже после несколько более продолжительного сексуального воздержания. Совершенно ясно, что в подобном случае лечение можно направить или на физическую или на психическую сторону этиологии. Часто гораздо легче найти средство против причины первого рода, если же это по тем или иным условиям не удастся, то приходится обращаться к более сложному способу лечения. При таких условиях приходится рассматривать данный случай, как случай психоневроза, а не актуального невроза, лечение же приходится проводить такое же, как и при истерии. Терапевтическая проблема, о которой мы сейчас говорим, сводится определенным образом к задаче устранения патогенных факторов, связанных с детским возрастом пациента. Поэтому было бы, конечно, неразумно рассчитывать на какой либо серьезный успех от применения описанных в прошлой главе более поверхностных методов лечения; в подобных случаях, конечно, невозможно обойтись без психоанализа.

Опыт с течением времени показал, что к этому типу с двумя рядами этиологических факторов принадлежит гораздо большее количество случаев, чем это думали прежде: случаи эти представляются смешанными, это одновременно и невроз страха и истерия страха.

Нельзя отрицать, что существуют резкие различия в степени того вреда, какой одни и те же соматические раздражения вызывают у разных лиц, и при дальнейшем исследовании выясняется,



что причина этих различий находится в конституциональных факторах, возникших в течение прошлого душевного развития индивидуума, однако, на факторы эти можно повлиять очень благоприятно с помощью соответственного психического лечения.

#### ДОБАВОЧНЫЕ ПРИЧИНЫ.

Мы указывали уже, что в большинстве случаев невроза страха на ряду со специфическими возбудителями действует также целый ряд вспомогательных или добавочных причин, и что степень интенсивности проявлений заболевания может в значительной мере определяться именно причинами этого рода. Когда удастся устранить их, то состояние больного обычно значительно улучшается и нередко таким образом почти что целиком восстанавливается нормальное психическое состояние. Для этой цели следует пользоваться следующими мероприятиями: избегание всякого рода возбуждения (не только полового возбуждения, хотя, конечно, надо избегать его во что бы то ни стало), отстранение забот, задач и ситуаций, способных вызвать страх, перемена обстановки и интересов, гигиенический образ жизни и пр. Но все таки несравненно лучше довести пациента до такого состояния, чтобы он был способен спокойно смотреть на всякого рода положения и затруднения действительной жизни, чем оставлять его в таком душевном состоянии, при котором он только до тех пор свободен от своей болезни, пока он ведет искусственно суженный и ограниченный образ жизни. Но эта цель может быть достигнута только с помощью одного из двух описанных нами выше радикальных способов лечения.

#### СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

В заключение мы должны сказать несколько слов о симптоматическом лечении. Приемы его, конечно, те же самые, как и вообще в медицине, напр., по отношению к тошноте, поносу и т. п., так что подробное описание было бы совершенно излишним. Особенно неприятным симптомом является бессонница, и вот при борьбе с нею очень важно не начинать сразу же со снотворных средств, а попробовать сначала все остальные мероприятия в роде теплых ванн, холодных обертываний и т. п.; то же самое, но еще в большей степени, надо сказать и о применении препаратов опиума для успокоения приступов страха, хотя приступы эти иной раз бывают такими тяжелыми и длительными, что приемы этого средства — в особен-



ности, если присоединяется депрессия — и вполне целесообразны и вполне законны. Полезно давать больным совет заниматься вплоть до утомления физическими упражнениями или работой, никоим образом, однако, не работой умственной.

#### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Freud, Sammlung etc., I Folge, Kapitel V и VII.  
Jones Ernest, Papers on Psycho - Analysis, Ch. XXVII.



## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ.

### ИСТЕРИЯ СТРАХА.

Термин этот создан Фрейдом в 1908 году для обозначения особых невротических состояний, очень близко подходящих, как к классической истерии, так и к неврозу страха; они стоят как бы посередине между этими двумя, уже знакомыми нам состояниями. Самые случаи истерии страха в учебниках обыкновенно включаются в рамки других заболеваний с совершенно иной, весьма отличной от них патологией; их относят обыкновенно к неврастении или психостении. Они проявляются обыкновенно в форме различных фобий и в тех симптомах, которые описаны нами в предыдущей главе, как характерные для невроза страха. Правда, сюда относятся далеко не все фобии, как это иногда ошибочно думают—некоторые из них представляют проявления невроза навязчивости—но все таки большинство фобий относится к этой форме заболеваний. Десяносто процентов всех случаев так называемой «нервности» у детей являются случаями истерии страха, чрезвычайно часто встречающейся и у взрослых, а в особенности у женщин. Фобии, задержки (Hemmungen) и остальные психические симптомы имеют, как будет показано дальше, совсем не то патологическое значение, как физические симптомы страха, наблюдающиеся при этом заболевании, и очень важно не упускать из виду этого существующего между ними различия.

#### А. ОТНОШЕНИЕ К ДРУГИМ НЕВРОЗАМ.

##### ОТНОШЕНИЕ К НЕВРОЗУ СТРАХА.

Мы уже вкратце говорили о связи, существующей между истерией страха и неврозом страха. Можно характеризовать ее следующим образом: наличие истерии страха, или точнее вызывающих ее возбудителей, является важной предрасполагающей причиной для



развития невроза страха; с другой стороны наличие невроза страха, или опять таки тех возбудителей, которыми он вызывается, играет роль провоцирующей или ускоряющей причины для развития истерии страха, при том условии, конечно, если существуют также и специфические вызывающие ее причины. Истерия страха предрасполагает страдающего ею субъекта к заболеванию неврозом страха, а появление этого заболевания способно в свою очередь вызвать к жизни истерию страха, бывшую до сих пор в латентном состоянии. Таким образом, нередко возникает *circulus vitiosus*, так что лечение должно быть сосредоточено на двух пунктах. Нам надлежит обсудить теперь, насколько возможно применение терапевтического воздействия на одно из этих состояний путем влияния на связанное с ним другое.

При истерии страха дело обстоит следующим образом: процессы вытеснения, являющиеся нормальным спутником развития в детском возрасте, протекали в подобных случаях так, что в результате все таки не могли создаться в надлежащей совершенной степени те заместительные психические образования (сублимирование), которые являются условием психического здоровья и гармонии. Будучи по меньшей мере отчасти лишен этого косвенного способа удовлетворения первичных инстинктивных влечений, такой субъект в гораздо более сильной степени, чем человек нормальный, страдает от всякого повышения сексуального напряжения, могущего возникнуть в дальнейшей его жизни, и вследствие этого, конечно, тем легче становится жертвой невроза страха, если создаются условия, благоприятные для возникновения этого заболевания. Но кроме этого есть еще один, и гораздо более важный, способ, с помощью которого истерия страха может создавать предрасположение к возникновению в дальнейшем невроза страха: при истерии страха обыкновенно создаются особые психические задержки, влияющие неблагоприятно на способность ощущать половое удовлетворение, когда к этому представляется возможность; благодаря этому у мужчин возникает психическая импотенция, а у женщин половая анестезия, нечувствительность; оба эти явления могут, конечно, быть и абсолютными и относительными. Удовлетворение в данном случае невозможно по внутренним, а не по внешним причинам, но результат получается один и тот же: этот результат — невроз страха. Последний, только что описанный, механизм действует, конечно, далеко не во всех случаях истерии страха, но только там, где возникшие вследствие заболевания задержки направлены как раз на половую сферу.



С другой стороны невроз страха действует в смысле выявления истерии страха, бывшей до сих пор в латентном состоянии, а также и в смысле повышения интенсивности уже существующего заболевания этой формой невроза. При этом действие невроза приблизительно таково же, как влияние внешних актуальных обстоятельств и требований жизни в случае обыкновенной истерии; невроз является только фактором более специфическим и вследствие этого тем более мощным и сильным.

При истерии страха устремления полового влечения встречают препятствия также и благодаря различным «фиксациям», замедляющим процесс развития и переход от соответственных стадий инфантильной жизни к более зрелым, так что сублимация возможна только в очень неполной степени. Положение данного индивидуума, следовательно, является гораздо более затруднительным, чем положение человека нормального: он здоров лишь постольку, поскольку все идет хорошо. На ряду с регулярным половым удовлетворением, сублимирования могут быть вполне достаточными для того, чтобы дать возможность беспрепятственного оттока энергии, так что может и не встретиться надобности в создании искусственных путей для этого оттока в виде невротических симптомов. Но если сексуальное удовлетворение затруднено вследствие какой нибудь из тех причин, которые приводят к развитию невроза страха, то возникает застой энергии, и развивается «регрессия» к более инфантильным формам проявления. Эти проявления подвергаются затем искажению, так как возникший при этом конфликт ведет к тому, что вмешивается сознание со своей цензурой; в этом искаженном виде эти проявления и представляют собою симптомы истерии страха.

#### ИСТЕРИЯ СТРАХА И КОНВЕРСИОННАЯ ИСТЕРИЯ.

Соотношения между этими формами следующие: обе они являются результатом деятельности очень сходных психопатогенных факторов, происхождение которых относится еще к детству пациента; иными словами, это просто две разные формы проявления одной и той же болезни. Главное различие между ними в том, что в то время как при конверсионной истерии деятельность болезненных инстинктивных влечений ведет к образованию соматических симптомов (при помощи механизма конверсии, о котором мы говорили в главе об истерии), деятельность тех же факторов ограничивается при истерии страха исключительно психической сферой и ведет здесь к образованию целого ряда специфических фобий. Конечно, и при



том и при другом заболевании могут развиваться и физические симптомы, напр., параличи в одном случае, дрожание в другом, но эти симптомы все таки резко различны по своей сущности.

Физический симптом конверсионной истерии является внешним символом для некоторой группы представлений, при истерии же страха тот же симптом является исключительно выразителем аффекта, его необходимым физиологическим спутником; в первом случае симптом имеет определенное психическое значение, а во втором он подобного значения не имеет вовсе. Оба вида симптомов имеют психогенное происхождение в том смысле, что сводятся в конечном счете на болезненные психические процессы, но при конверсионной истерии процессы эти прямо порождают симптом, в то время как при истерии страха они вызывают только определенное аффективное состояние, состояние страха. Это состояние в силу случая таково по своей природе, что ему всегда должны сопутствовать те или иные физические, соматические явления.

## В. ПАТОГЕНЕЗ.

Психологическая структура фобии представляет собою весьма сложное образование; оно напоминает в этом отношении все прочие истерические симптомы. Фобия представляет собою символическое выражение целого ряда бессознательных желаний и соответствующих этим желаниям вытесненных сил; она является, иными словами, образованием компромисного характера. Вытесненные сексуальные желания, имеющие инфантильное происхождение, проявляются в сознании в виде страха; страх этот, как мы уже говорили при обсуждении невроза страха, может носить хронический характер или же проявляется в виде отдельных приступов или припадков.

Но страх не остается свободным, несвязанным, как при неврозе страха, а вступает в связь с какимнибудь определенным представлением, символизирующим обыкновенно какуюнибудь сексуальную ситуацию. При намерении совершить какоенибудь действие больной начинает испытывать какие то задержки, препятствия и страх. Так, напр., происходит с ним при намерении пройти через обширную площадь. Все это очень напоминает поведение нервного человека, которому надлежит совершить половой акт, между тем как он не в состоянии его выполнить. Больной, конечно, никоим образом не отдает себе отчета в смысле и про-



исхождении своего страха, не сознает их. Итак, патологические опасения являются выражениями вытесненных желаний; что многие опасения именно такого происхождения, это вещь даже общеизвестная, отразившаяся во всевозможных шутках и островах, как, напр., в рассказе про девицу, обязательно заглядывающую перед сном под кровать из опасения, не спрятался ли там мужчина, и преспокойно забывающую об этой предосторожности после замужества. Нельзя однако забывать, что содержание представлений, образующих фобию, очень редко совпадает с содержанием желания, лежащего в основе этой фобии; то и другое содержание находятся в тесной ассоциативной связи друг с другом, но лишь в самых редких случаях содержание это бывает тождественным. Иными словами, нельзя вскрыть содержания вытесненного желания просто напросто заменяя страх перед чем нибудь, являющийся содержанием фобии, желанием того же самого; соотношения между тем и другим представляются гораздо более сложными.

Задача, которой служит фобия, представляется довольно ясной; она является задержкой, служащей защитным приспособлением в видах предупреждения приступа страха. Так, напр., если у какого либо субъекта может развиваться подобный приступ страха, когда он смотрит вниз с очень высокого места, то в конце концов у него разовьется боязнь высоких мест вообще и даже при одном представлении о таких высоких местах у него может возникать боязнь. Боязнь эта защищает его от опасности попасть когда либо в такое положение, при котором возможен припадок, но эта защита происходит, конечно, ценою определенных ограничений, ценою отказа от целого ряда возможностей. Больной становится неспособным выполнять какое нибудь определенное действие, обычно такое, какое человек нормальный совершает без всякого усилия. В дальнейшем, по мере естественного развития заболевания, подобных задержек становится все больше и больше. По истечении известного промежутка времени воздвигается целый ряд фобий, подобно поясу укреплений, и во многих случаях этот процесс продолжается до тех пор, пока он не находит своего логического завершения в полной и окончательной застрахованности против всякой возможности припадка. Когда дело доходит до этого, то больной больше уже не страдает от страха, но зато для него стал совершенной невозможностью целый ряд самых обычных для нормального человека поступков, как, напр., переход через улицу, жизнь в городе, нахождение в большом помещении и т. п.



### С. ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение истерии страха совершенно такое же, как и лечение конверсионной истерии, но с тем добавлением, что оно должно быть направлено и на страх, как таковой. Я отсылаю поэтому читателя к главам об истерии и неврозе страха, так как все, что там сказано, применимо и к данному болезненному состоянию. Можно сказать, что страх и «необоснованные» опасения гораздо труднее поддаются лечению внушением, чем остальные симптомы истерии.

Лечение фобий психоанализом в смысле техники несколько иное, чем при конверсионной истерии. Читателей, которые захотели бы подробнее ознакомиться с этой темой, нам придется отослать к специальной литературе <sup>1)</sup>).

---

### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Devaux et Lagre, Les Anxieux. 1917.  
Freud, Sammlung etc., I und III Folge.  
Frink, Morbid Fears and Compulsions. 1918.  
Jones Ernest, Papers etc. Ch. XXVIII, XXIX.  
Prince Morton, Fear Neurosis. Boston Medical and Surgical Journal. 1898.  
Stekel, Nevrose Angstzustände und deren Behandlung. 2 Aufl. 1912.

---

<sup>1)</sup> Hanp., Freud, «Wege der psychoanalytischen Therapie», «Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse». V Jahrg. 1919.



## ГЛАВА ПЯТАЯ.

# НЕВРАСТЕНИЯ.

## А. НОЗОЛОГИЯ.

Прежде всего мы должны отдать себе отчет в том, что термин «неврастения» принято применять к огромному числу случаев, в действительности относящихся к совсем другим группам. Более сорока лет тому назад Ван-Деузен (Van Deussen) впервые описал это заболевание и дал ему его название, и с той поры среди врачей все более и более возрастает склонность относить к нему всевозможнейшие виды нервных симптомов и синдромов (при том условии, конечно, что они не носили явно выраженного истерического характера), так что в настоящее время эта группа обнимает собой целый конгломерат разнороднейших состояний, связь между которыми часто чисто внешняя. Нередко говорят, что для большинства врачей существуют только два невроза: неврастения и истерия, и это вовсе не преувеличение.

Несмотря на что, то учебники обще-медицинского содержания все еще продолжают оставаться на этой точке зрения, невропатологи и психопатологи за последние годы стали энергично отвергать ее, и ни один авторитетный представитель этих специальностей в наше время не станет пользоваться этим термином в том широком смысле, в каком его употребляют в публике. Не раз уже делалась попытка расчленить эту группу явлений, связанную между собою чисто внешним образом, и нам придется принять к сведению хотя бы следующие краткие соображения, прежде чем мы перейдем к попытке самостоятельного построения такого понятия «неврастения», которым можно было бы целесообразно пользоваться.

1. Во многих случаях ставится совершенно неправильный диагноз неврастения потому, что большинство врачей просто не знает того, что различные психозы нередко проявляются в очень легких



формах, и при том в течение продолжительного времени, как, напр., маниакально-депрессивный психоз (циклотимия) и парафрения (dementia praecox). Если мы примем во внимание, что более двух третей душевно больных, находящихся в психиатрических больницах, страдают именно этими формами душевного расстройства, и что большинство больных, из числа заболевающих этими болезнями, по всей вероятности, вовсе не попадает в больницы, то становится понятным, как часто должны происходить подобные диагностические ошибки.

2. Большинство случаев, относимых обычно к неврастении, принадлежит на деле другим неврозам, резко отличным от неврастения по этиологии, по патологии, а, следовательно, и по тому лечению, которое требуется. Я имею в виду в особенности случаи невроза страха, истерии страха и невроза навязчивых состояний; по вышеуказанным основаниям все эти случаи подлежат определенному отделению от понятия неврастения.

Было бы желательно, чтобы термин неврастения применялся снова в том первоначальном тесном смысле, в каком его употребляли прежде, в смысле невроза утомления или истощения, главные симптомы которого следующие: чувство резкого психического и физического утомления, затруднения при сосредоточении внимания и при усидчивой работе, давление в голове, чувствительность позвоночника и различные парестезии, в особенности в суставах и в мышцах. Наблюдаются также и различные желудочно-кишечные симптомы, в роде запора и диспепсии с обильным количеством газов; но эти последние симптомы гораздо больше, чем остальные, зависят от сложных психогенных факторов.

3. Даже этот только что описанный синдром можно назвать действительно неврастеническим, в отличие от неврастеноидного, только в том случае, если можно доказать, что он не является следствием какого то другого заболевания. Известно, напр., что эта клиническая картина встречается при различных токсических состояниях, особенно после инфлуэнцы или брюшного тифа, что часто она характеризует собою начало прогрессивного паралича. Нельзя забывать также, что она может быть проявлением скрытой истерии, как это впервые доказал Мортон Пренс в связи со своими случаями раздвоения личности.

Термин неврастения в том смысле, как мы его сейчас понимали, мы можем, следовательно, определить, как первичный невроз утомления, т. е. как такой невроз утомления, который не является



только лишь синдромом, обусловленным каким нибудь другим заболеванием. Надо полагать, что из всех случаев, принимаемых вообще за неврастению, под наше определение подойдет не более одного процента. Настоящая неврастения встречается гораздо чаще у мужчин, чем у женщин, и, если судить по моему личному опыту, особенно часто у студентов и коммерсантов.

## В. ПАТОГЕНЕЗ.

### НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ.

Едва ли вероятно, чтобы наследственные моменты играли сколько нибудь большую роль в возникновении этого невроза; мы полагаем это уже на том основании, что неврастения часто бывает очень непродолжительным заболеванием. Принято даже считать ее лучшим примером приобретенного невроза; в качестве такового Шарко и отделил ее от «конституциональной неврастении», а Жане от психастении, от таких состояний, которые этими авторами признаются наследственными. Мы должны, поэтому, обратиться к источнику приобретения болезни.

### ТОКСИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ.

Почти все авторы согласны между собою в том, что важнейшие этиологические факторы, повидимому, являются факторами физическими; по вопросу о природе этих факторов авторы однако уже значительно расходятся между собой.

Сходство с явлениями, наблюдающимися после инфлуэнцы делает до известной степени вероятным предположение о существовании токсического возбудителя, а частые запоры наводят на мысль о связи с процессами обмена веществ; этот взгляд на данное заболевание имеет несомненно самое широкое распространение в кругах врачей. Но это ведь только одно из возможных условий для возникновения хронического состояния утомления, и у нас нет права принять подобное объяснение до тех пор, пока у нас нет данных за то, что это наиболее вероятное из всех возможных предположений. В качестве оснований против него можно сказать, что это в лучшем случае чисто спекулятивное предположение, так как никогда никто не доказал, что это состояние связано с каким нибудь токсином микробного происхождения. Нам неизвестно никакого токсина, который мог бы вызвать неврастениодное состояние разве лишь на очень короткий срок, да и то, если он так ядовит,



как, напр., токсины инфлуэнцы или тифа, и, наконец, наши пациенты, поскольку приходится их обследовать, обыкновенно совершенно здоровы в соматическом отношении.

#### УМСТВЕННОЕ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ И ПЕРЕУТОМЛЕНИЕ.

Многие авторы, не удовлетворенные расплывчатой гипотезой о токсическом происхождении, пытались свести это болезненное состояние на умственное перенапряжение и переутомление, однако, из этой попытки более точного определения этиологии, вышло также не очень много. У нас нет никакого основания сомневаться в том, что вышеупомянутые моменты действительно играют роль во многих случаях, так как болезненное состояние может совершенно исчезнуть, когда они устраняются, и устанавливается снова при их возвращении. И все таки они не могут быть специфическими причинами неврастения, так как в очень многих случаях они совершенно отсутствуют, и даже там, где их можно отметить, только в очень редких случаях удается установить скольконибудь определенное отношение между ними и изменчивыми фазами заболевания. По тем же основаниям мы считаем невероятным, чтобы неврастения могла развиваться исключительно на почве эксцессов в сексуальном отношении, при условии, конечно, что дело идет о совершенно нормальных сексуальных проявлениях; однако, все таки в числе причин неврастения принято указывать и на эти эксцессы. Существуют очевидно автоматические физиологические задержки, препятствующие тому, чтобы сексуальная деятельность становилась слишком уже чрезмерной; задержки эти и предохраняют от возможности каких либо серьезных последствий со стороны излишеств.

#### О Н А Н И З М.

В последнее время онанизму стали приписывать очень важную роль в этом отношении, и Фрейд полагает, что в нем мы должны видеть специфическую причину неврастения в собственном смысле слова. Взгляды врачей на патологическое значение онанизма были всегда подвержены очень большим колебаниям. Взгляды эти сделали однако известную эволюцию. Одной из крайних точек этих колебаний было то время, когда на онанизм пытались смотреть, как на причину спинномозговой сухотки и душевных заболеваний, а также и целого ряда других заболеваний; в виде реакции на эти очевидные преувеличения и неправильные предположения стали потом утверждать, что онанизм вещь совершенно безобидная.



Истину надо, вероятно, искать посредине между этими двумя крайними точками зрения. Нет сомнений, что обычные описания последствий мастурбации, конечно, изображают дело в слишком мрачных красках, однако, у нас все таки есть все основания к тому, чтобы предположить, что слишком частое повторение акта мастурбации при известных условиях может иметь вредные последствия, и мы можем в настоящее время определить даже с приблизительней точностью, в чем именно заключаются эти вредные последствия.

Мысль Фрейда мы должны дополнить следующими замечаниями. Мы вполне сумеем объяснить явную диспропорцию между предполагаемой причиной и возникающими из нее последствиями, если сделаем добавление, что онанизм приводит к неврастении только при известных условиях, а, именно, в тех случаях, когда он практикуется в чрезмерной степени, — как в смысле частоты, так и в смысле продолжительности, — и когда он сопровождается моральным конфликтом особой интенсивности. Возникающая при таких условиях неврастения является только своего рода преувеличением и закреплением того вялого, утомленного и разбитого состояния, которое очень часто следует за отдельным мастурбаторным актом, если подобный акт выполняется после известного морального конфликта. Значительную часть утомления следует отнести за счет расхода энергии, потребовавшегося для преодоления моральных колебаний; задача эта удается обыкновенно только тогда, когда сексуальное напряжение достигло уже довольно значительных размеров. Во всех случаях, где эти моральные колебания достаточно сильны, чтобы вызвать к жизни неврастению, можно всегда открыть существование глубоко скрытого психического конфликта (напр., резкого сопротивления вытесненным желаниям, направленным на какие либо половые извращения или мысли об инцесте). Конфликт этот находит свое выражение в сексуальных фантазиях, а высшей точкой этих фантазий и является как раз акт мастурбации; вот этот то момент и имеет самое большое значение при оценке вреда мастурбации. Значение этого момента куда серьезнее, чем роль той чисто физической деятельности, которая характерна для онанистического акта. Вследствие этого конфликта сексуальный акт мастурбации не дает достаточного оттока скопившемуся возбуждению и не может поэтому вполне заменить нормального полового сношения. Кроме того онанизм предъявляет повышенные требования к психической энергии данного субъекта, так как ему приходится создавать в себе состояние возбуждения, — как физи-



ческое, так и психическое, — которое при нормальных условиях возникает спонтанно, за счет раздражений, получаемых им извне, так что при каждом половом акте этого рода данному субъекту приходится расходовать такое количество энергии, которое при нормальных условиях вкладывается в половой акт обоими его участниками; это, конечно, легко может вызывать нарушения равновесия.

При детальном обследовании эта этиология может быть доказана в каждом случае неврастения. При этом мы не должны забывать и того, что к обозначаемой термином онанизм автоэротической деятельности относится не одна только ручная мастурбация, но и всевозможные другие процессы. Так, напр., в некоторых случаях неврастения нет мастурбации, а патогенный момент приходится видеть в слишком частых ночных поллюциях. Эти поллюции представляют собою половые акты, даже в тех случаях, когда они сопровождаются одними только неприятными эмоциями. Акты эти, вероятно, как правило, начинаются со сновидений, в которых находят свое выражение вытесненные сексуальные желания, при чем выражение это может быть или совершенно неприкрытым или наоборот символическим и замаскированным.

Мы должны однако подчеркнуть, что все эти положения относятся исключительно к неврастению, понимаемой в том узком смысле, как мы его определили выше. Само собою разумеется, что и придерживаясь нашей точки зрения, мы все таки не думаем отрицать значения всех прочих перечисленных нами выше этиологических факторов, и прежде всего перенагружения и переутомления. Мы только отводим им то значение, которое им соответствует: они являются вспомогательными причинами или провоцирующими моментами. Их роль можно охарактеризовать следующим образом: человек, в котором действуют специфические патогенные причины, может захворать неврастением, но может также остаться здоровым. Это зависит исключительно от интенсивности специфической этиологии; но у этого человека будет во всяком случае гораздо меньше сопротивляемости всяким вспомогательным патогенным моментам, в роде, напр., умственного переутомления. Этой причиной объясняется, что в очень многих случаях степень выраженности симптомов колеблется в зависимости от наличия или отсутствия этих вспомогательных факторов, так как их присоединение доводит сумму вредных моментов до крайней, уже не переносимой высоты.

В заключение я хотел бы обратить внимание на то обстоятельство, что этиология неврастения является почти абсолютной



противоположностью этиологии невроза страха, описанной нами в одной из предыдущих глав. При неврастении наблюдается недостаток в поступлении извне энергии возбуждения, но в то же время чрезмерное расходование этой энергии; при неврозе страха — избыток поступающей энергии и недостаточный ее отток. Поэтому и лечение этих заболеваний представляется существенно различным.

### С. ЛЕЧЕНИЕ.

После всего сказанного нами выше ясно, что лечение неврастения может быть или радикальным или симптоматическим; последнее соответствует той терапии, которую обще-медицинские учебники обычно рекомендуют при неврастении.

Радикальное лечение складывается из ряда мер, направленных к ослаблению нежелательных автоэротических наклонностей пациента и к их полному устранению. Достичь этой цели, понятно, тем легче, чем более условия позволяют побудить больного заменить автоэротическое удовлетворение нормальной половой деятельностью, которая в данном случае куда более необходима, чем для людей, несклонных к автоэротическим проявлениям. Однако и при других условиях наша задача вовсе не неразрешима. Мне нет надобности подробно говорить о всех механических и моральных приемах, применяемых с целью отучить больного от мастурбации; но я хотел бы отметить, что крайне не подходят для наших целей все те средства, которые ставят себе задачей вызвать в больном сознание своей моральной недостаточности или же усилить его опасения за свое здоровье, могущее пострадать от его привычки. Средства эти и степень их действительности, когда ничто не может заменить полового удовлетворения, в общем прекрасно известны и самим больным, да и вообще широкой публике. Но очень важно отдавать себе отчет в том, на чем собственно основана невозможность повлиять на больного с помощью этих средств. Важно знать, что в основе этого отсутствия воздействия на больного находятся вытесненные психические комплексы, происхождение которых относится к раннему детству; на эти комплексы можно оказать влияние путем терапевтических мероприятий, описанных нами в главе об истерии; лечение такого рода можно рекомендовать в особенно упорных случаях, и оно обычно приводит к желанному результату.

Терапевтические приемы для облегчения состояния больного слишком общеизвестны, чтобы стоило распространяться о них в отдельности. Меры эти сводятся, главным образом, к отдыху от



работы и от напряжения, к устранению поводов для забот и волнений (во вторую очередь), к перемене места и занятий, к нахождению приятных отвлекающих моментов, к гидротерапии, электротерапии, поднятию общего состояния организма, а в тяжелых случаях и к лечению по способу Weir-Mitchell'я. Чрезвычайно полезны, полезнее всего, пожалуй, стремления и старания пробудить в больном интерес к какимнибудь новым занятиям, но к занятиям подвижным, а не сидячим. Все эти старания имеют однако тот недостаток, что при них не обращается никакого внимания на существенные патогенные моменты, так что больной очень часто впадает в прежнее состояние, когда принимается вновь за свой прежний образ жизни, а это часто оказывается совершенно неизбежным. Правда, это происходит далеко не во всех случаях, так что иногда удастся в значительной степени повлиять на симптомы болезни с помощью основательной перемены во всем образе жизни больного, в его распределении времени в течение дня и т. д. В легких случаях часто вполне достаточно и более поверхностных методов лечения; в более же тяжелых может встретиться необходимость посоветовать больному проделать курс более подходящего психотерапевтического лечения, которое и освобождает, наконец, больного навсегда от патогенных влияний и их последствий. Пока лечение не поставлено на патогенные моменты, прогноз остается сомнительным, так как даже если больной и оправится после приступа болезни, то следующий приступ может зато оказаться и более тяжелым, и более продолжительным, так что случай, в особенности, если он осложняется присоединением другого более тяжелого невроза, что весьма легко происходит, может в конце концов дать хроническое состояние нервной инвалидности. Главной опасностью является осложнение неврозом навязчивых состояний, к каковому заболеванию у многих неврастенических больных имеется особое предрасположение.

#### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Beard, A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia) 1880.  
Beni-Bard, La neurasthénie. 1908.  
Bingswanger, Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. 1896.  
Ferenczi, Beitrag, veröffentlicht in den Diskussionen der Wiener psychoanalytischen Vereinigung. Heft 2. 1912.  
Freud, Sammlung etc., I Folge.  
Proust and Ballet, The Treatment of Neurasthenia (Английский перевод). 1902.  
Veraguth, Neurasthenie. 1910.



## ГЛАВА ШЕСТАЯ.

### НЕВРОЗ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ.

Жане относит это заболевание так же, как и истерию страха, к «психастении», а в медицинских учебниках оно описывается обыкновенно в связи с неврастенией. Но это самостоятельный невроз (как это выяснилось за последние пятьдесят лет), который, правда, иногда может осложняться неврастеническими или истерическими симптомами. Диагностический признак этого невроза заключается в той его особенности, что различные психические процессы сопровождаются чувством особого принуждения, чувством навязчивости, будто какая то внешняя сила, против которой больной бессилен, принуждает его к чему то, навязывает ему нечто против его воли; нормальная способность задерживать течение психических процессов, сообразуясь с потребностями данного момента, при этом также утрачивается больными.

#### А. СИМПТОМЫ.

Симптомы эти иногда подразделяют на четыре группы: 1) Двигательные симптомы (навязчивые импульсы). 2) Симптомы со стороны чувствительности, сензорные симптомы (навязчивые галлюцинации или навязчивые ощущения). 3) Симптомы в сфере мысли (навязчивые представления и идеи). 4) Симптомы аффективные (аффекты навязчивого характера, в особенности сомнения и страхи). По своей сущности вероятно очень близко подходит к этим симптомам также и широкая группа тиковых движений. В виде примеров навязчивых состояний в моторной области, но в небольшом масштабе, можно указать на такие общезвестные импульсы, как стремление дотрагиваться до каждого второго столбика забора, как склонность, идя по тротуару, ступать ногами прямо на щели между отдельными плитами или, наоборот, стремление избегать задевать



эти щели и т. п. Индивидуум испытывает при этом непреодолимое стремление совершить поступок этого рода; стремление это не дает ему покоя и совершенно затихает, когда поступок выполнен, но правда несколько спустя желание появляется вновь. У очень большого количества детей наблюдаются в возрасте от девяти до пятнадцати лет следы подобных тенденций, не исключая даже и таких детей, которые в дальнейшем развиваются совершенно нормально.

Строго говоря, термин «обсессия» или навязчивое представление неточен; было бы правильнее называть эти явления «навязчивым мышлением» или «навязчивым течением мысли». Я приведу типичный пример, относящийся к одному случаю. Один больной вынужден был проделывать вот какую умственную операцию: всякий раз как что либо направляло его внимание на какойнибудь определенный ряд представлений, он должен был сейчас же подыскать другой ряд представлений, по возможности противоположный первому ряду, затем он должен был искать третий ряд, находящийся в таком же отношении ко второму, затем четвертый; таким образом, он конструировал некоторый духовный параллелограмм, а иногда был вынужден разделить его дальше пополам или установить на нем какиенибудь другие определенные точки, оперируя все время с помощью рядов представлений и определяя эти точки в какихнибудь строгих математических соотношениях. Если больной начинает проявлять стремление подавить или обойти ту или иную навязчивую тенденцию, то его охватывает более или менее сильное чувство неудовольствия, а часто и чувство, будто ему угрожает какое то несчастье, которое случится обязательно, если он не уступит навязчивому импульсу. Другой пациент должен был обязательно, если ему случалось переходить через улицу, класть правую руку на спину, чтобы не случилось никакого несчастья с его матерью. Больные этого рода почти всегда вполне отдают себе отчет в том, что эти поступки бесполезны, глупы или смешны, но это несколько не уменьшает необходимости их выполнения. Иными словами у больных имеется полное понимание патологической природы их симптомов.

В тяжелых случаях навязчивые представления и задержки до такой степени овладевают больными, что они часто совершенно не в состоянии устремлять внимание на требования, предъявляемые им реальной жизнью. С социальной точки зрения нет, за исключением определенных душевных расстройств, никакого другого со-



стояния, которое в большей степени парализовало бы все душевные силы данного человека. Помешательство развивается у этих больных очень редко, хотя к ним часто относятся как к психически больным, и почти в каждой больнице можно встретить подобные случаи. Душевные муки, испытываемые больными, временами совершенно неопишутемы, и они часто не могут найти ни минуты покоя от преследующих их навязчивых представлений, задержек, страхов, сомнений и неуверенности. Болезнь эта в высшей степени распространенная; у мужчин она встречается чаще, чем у женщин, и чаще всего наблюдается у лиц высокой умственной одаренности. Читателей, интересующихся более подробным описанием клинической картины, я отсылаю к превосходному ее описанию в соответственной монографии Левенфельда<sup>1)</sup>.

### В. ПАТОГЕНЕЗ.

Самой существенной чертой в клинической картине этого невроза является, очевидно, то чрезмерное психическое значение, какое приписывается некоторым определенным психическим процессам. Проявляется это двумя противоположными путями: в виде навязчивости и в виде задержек. Пациент чувствует себя вынужденным выполнить какоенибудь определенное и маловажное действие или же он во что бы то ни стало должен следить за какимнибудь банальным ходом мысли, при чем все это связывается с чувством такой настоятельной необходимости и такой абсолютной важности, которое приличествовало бы разве лишь какомунибудь поступку, от которого зависела бы его жизнь. Так, напр., больной может испытывать абсолютную необходимость всякий раз, когда ему приходится братья за дверную ручку, прикоснуться до нее три раза правым большим пальцем, при чем он ощущает такую же необходимость сделать это, с какой, напр., схватился бы за брошенный ему канат утопающий. С другой стороны, тот же больной может испытывать большие мучения от неуверенности, когда ему надо принять решение по какомунибудь совершенно незначущему вопросу; деятельность воли у него является совершенно заторможенной и связанной. Так, напр., вопрос о том, какой именно воротник или галстух надо надеть утром, после умыванья, вопрос, конечно, не слишком чреватый какиминибудь последствиями;

---

<sup>1)</sup> Löwenfeld, «Die psychischen Zwangserrscheinungen», 1904.



однако больному, парализованному сомнениями, может понадобиться целый час, пока он примет то или иное решение, совсем как будто бы дело шло о принятии какогонибудь решения в деле щекотливом или важном для самой жизни.

Все эти психические процессы каким то образом получили такое чрезмерное значение и огромную психическую важность, каких они в сущности совершенно не заслуживают. Мы должны поэтому поставить вопрос о том, в чем же источник такого преувеличенного психического значения этих процессов.

Детальный психоанализ отдельных случаев вскрывает, что это преувеличение обусловлено перемещением значения, принадлежащего действительно очень важным, но разыгрывающимся в бессознательной области, явлениям. На такое происхождение навязчивых представлений нас могла бы навести и та черта, которая является очень типичной для большинства навязчивых представлений: их отщепленность от главного ядра сознательной личности. Больной и сам смотрит на них, как на нечто, навязываемое ему против его воли, а не как на определенную составную часть своего сознательного «я»; он выполняет навязчивые действия не потому, чтобы он хотел их выполнить, а потому что должен их сделать, так как ощущает беспокойство, не сделав их; он не в силах, разве лишь на самый краткий срок, подавить в себе импульс к этим действиям. Как мы подчеркивали выше, отщепление от ядра личности и недостаток сознательного руководства являются как раз самыми характерными признаками бессознательной душевной деятельности, так что эта черта невроза становится вполне нормальной.

Психоаналитические исследования Фрейда привели его к тому выводу, что навязчивые явления не что иное, как постоянно повторяющиеся, и при том в искаженной форме, упреки, делаемые больным самому себе: упреки эти инфантильного происхождения и находились в вытесненном состоянии до начала заболевания. Они всегда имеют отношение к активным сексуальным действиям или наклонностям. Психогенез этого состояния во многих очень важных отношениях отличается от психогенеза истерии; при данном заболевании он гораздо сложнее. В раннем детском возрасте у наших пациентов отмечается чрезмерно строгое разделение между проявлениями любви и ненависти, и поведение ответственного индивидуума во всех самых важных отношениях всецело определяется конфликтами и противоположностями этих



двух областей переживаний. Результатами этого парализующего конфликта являются состояние неуверенности и неспособность принимать решения, навязчивость же представляет собой момент сверхкомпенсации («Überkompensation») этой неуверенности. Больной колеблется между неспособностью действовать или думать (когда он этого хочет), и навязчивой необходимостью действовать или думать (когда он этого не хотел бы). Симптомы являются символическим выражением этих борющихся между собою сил. Они не сливаются в компромисные образования, как при истерии, но появляются обособленно и перемежаясь; один ряд явлений символизирует вытесненные силы, а другой силы вытесняющие.

### С. ЛЕЧЕНИЕ.

Почти все то, что говорилось о лечении в главе об истерии, сохраняет и здесь свое значение, так что мне остается только сослаться на названную главу. Физические методы лечения почти совсем бесполезны при этом заболевании.

Внушение во всех его видах также дает гораздо менее благоприятные результаты при неврозе навязчивости, чем при истерии; можно даже привести несколько причин, почему это именно так. Одна причина заключается в том, что больные этого рода очень мало восприимчивы к внушению и гипнозу. Другая причина в чрезвычайной продуктивности этого невроза: новые симптомы могут возникать с такой же быстротой, с какой способны исчезать симптомы старые, иногда даже в течение нескольких минут, так что всякая попытка устранить все симптомы по порядку с помощью отдельных, направленных на каждый из них, внушений, всегда останется безуспешной. Вообще можно сказать, что с точки зрения лечения внушением различаются два рода симптомов этой болезни: одни, упорно сопротивляющиеся всякому внушению, и другие, легко исчезающие под его влиянием, но зато так же легко заменяющиеся новыми симптомами.

С другой стороны, этот невроз является особенно подходящим для лечения психоанализом, и надо сказать, что как раз при этом заболевании психоанализ приводил к таким результатам, которые относятся к числу самых блестящих его успехов. Превосходство психоанализа по сравнению с другими методами несомненно сказывается на этом заболевании даже гораздо яснее, чем при истерии. И это вполне понятно, если мы сравним характер того и



другого заболевания: более сильная внушаемость истеричных и их способность к перенесению, конечно, благоприятствуют возможности воздействовать на заболевание с помощью простых методов внушения, а большая сложность невроза навязчивости и его чисто психическая природа являются хорошей почвой для действующей как бы растворяющим или разрешающим образом методики психоанализа. Техника психоанализа при неврозе навязчивости несколько иная, чем при истерии (в некоторых второстепенных отношениях), но мы не можем входить в эти детали в нашем элементарном изложении. Я должен, однако, особенно подчеркнуть, что очень желательно, чтобы больные этого рода приступали к курсу лечения в ранних стадиях заболевания; но больные очень редко обращаются за врачебной помощью в начальных фазах болезни, так как относят болезненные явления скорее за счет аномалий своего характера, чем за счет патологических расстройств. Задача излечения в таких случаях, когда болезнь уже вышла за пределы начальных стадий, становится чрезвычайно затруднительной.

#### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Brill, Psychoanalysis, Ch. IV.  
 Freud, Sammlung etc., I и III Folge.  
 Janet, Les obsessions et la Psychasthenie. 1903.  
 Jones, Ernest, Einige Fälle von Zwangsneurose. Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. IV и V, 1912 и 1913.  
 Loewenfeld, Die psychischen Zwangserscheinungen. 1904.  
 Riklin, Aus der Analyse einer Zwangsneurose. Jahrbuch der Psychoanalyse, Band II. 1910.



## ГЛАВА СЕДЬМАЯ.

# ИПОХОНДРИЯ И ФИКСАЦИОННАЯ ИСТЕРИЯ.

### А. НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ.

Взаимоотношения отдельных неврозов между собою представляют тему, которая сама по себе чрезвычайно интересна, но темы этой мы не можем касаться иначе, как лишь слегка затрагивая ее в соответствующих местах. В одной из прежних глав мы уже обращали внимание на то, что невроз страха и истерия страха не только способны взаимно влиять друг на друга, но даже нередко встречаются рядом друг с другом.

Подобным образом можно натолкнуться на некоторое органическое ядро в роде, напр., неврастении, после того как удалена психогенная надстройка конверсионной истерии или невроза навязчивости.

В этой главе мы будем говорить о двух неврозах, у которых есть нечто общее: наличие некоторой органической базы, заключающейся в какой то особой и повидимому унаследованной повышенной чувствительности различных областей тела. Психическая же надстройка, могущая воздвигнуться на этой базе, различна в обоих случаях и ведет при ипохондрии к парафрении, а при фиксационной истерии к истерии конверсионной. Но кроме этой психической надстройки при этих двух заболеваниях имеется также совершенно различная локализация этой конституциональной повышенной чувствительности, вследствие чего и симптомы также весьма отличны друг от друга. При ипохондрии ненормальная чувствительность обыкновенно связана главным образом с внутренними органами, и в особенности с кишечным каналом, при фиксационной же истерии дело идет больше о наружных частях тела, включая также и верхние дыхательные пути. Чтобы объяснить себе явления, наблюдаемые при ипохондрии, мы должны сделать



следующее предположение: по всей вероятности у ипохондриков существует ненормально низкий порог для тех ощущений, которые возникают вследствие процессов раздражения во внутренних органах или даже просто при их нормальном функционировании, так что ипохондрики гораздо легче ощущают все изменения, происходящие в органах, чем это обыкновенно бывает; всякое расстройство в этих органах в резкой степени отражается в их психической сфере. Результатом этого является концентрация внимания на процессах, происходящих внутри тела, и общеизвестная склонность к инвалидности, к хворости. Что касается фиксационной истерии, то в данном случае повышенная чувствительность не вызывает постоянных размышлений на тему о здоровье и болезни, а ведет к тому, что больные часто чрезвычайно повышено реагируют на неприятные раздражения. Превосходным примером подобного состояния может служить комбинированное расстройство, известное под названием сенной лихорадки и астмы, при котором наблюдаются такие реакции на совершенно обычные раздражения, которые способны повергнуть в крайнее изумление нормального наблюдателя.

## В. ПАТОГЕНЕЗ.

Эти болезненные состояния были подвергнуты подробному обследованию лишь в последние годы, так что еще чрезвычайно трудно свести к простым формулам результаты произведенных до настоящего времени исследований. Можно, однако сказать, что выводы, к которым удалось притти до сих пор, клонятся к тому, что характерная для этих состояний повышенная чувствительность по природе своей является эрогенной чувствительностью. Исследования последнего времени, и в особенности исследования, произведенные с помощью психоанализа, выяснили, что популярная склонность ограничивать понятие физической эротичности исключительно генитальной зоной никоим образом не соответствует фактам действительности, и что на деле существует очень большое число особых участков нашего тела, распространенных по всей его поверхности, которые заслуживают особого названия «эрогенных зон»: участки эти отличаются способностью порождать, при наличии соответствующих раздражителей, особые приятные ощущения эротического характера и при том весьма различной интенсивности. Еще разительнее было то открытие, что зоны эти не ограничиваются одной только поверхностью тела, но простираются также и на слизистые



оболочки, например, губ, мочеиспускательного и кишечного канала; выяснилось, что слизистые оболочки этих зон имеют чрезвычайно важное значение и для нормального развития и для патогенеза психоневротических симптомов. Изучение заболеваний, о которых у нас идет речь, указывает определенно, как уже отмечено выше, на наличие особой конституциональной базы, состоящей в чрезмерной эрогенности различных участков тела.

Одной из самых ранних гипотез Фрейда о психогенезе конверсионной истерии было предположение, что локализация соматических симптомов определяется особой «соматической предрасположенностью» (*somatisches Entgegenkommen*) в том участке тела, с которым связывается симптом; этот тезис превосходно оправдался в военное время, когда так часто приходилось наблюдать, как ранение (или вообще травма) какого либо участка тела, нередко совершенно ничтожное, определяло дальнейшую локализацию конверсионного симптома как раз в этом самом участке. Фиксационная истерия отличается повидимому в двух пунктах от конверсионной: во первых, при фиксационной истерии гораздо большую роль играет отмеченная выше соматическая предрасположенность; второе же ее отличие заключается в том, что предрасположенность эта всегда эрогенного характера, что далеко не постоянно бывает при конверсионной истерии.

### С. ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение ипохондрии, как и фиксационной истерии, во всех деталях сходно с лечением истерии, как оно уже нами было описано, так что я ничего не мог бы здесь добавить. Правда, шансов на излечение, повидимому, меньше, чем при конверсионной истерии. Относительно же лечения с помощью более радикальных методов, у нас пока еще слишком мало данных, чтобы можно было высказаться определенно в пользу стойкого излечения этих болезненных состояний.

### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Ferenczi, Hysterie und Pathoneurosen. 1917.  
Freud, Allgemeine Neurosenlehre. 1919.  
Sadger, Ist das Asthma eine Sexualneurose? Zentralblatt für Psychoanalyse, Jahrgang I. 1911.



## ГЛАВА ВОСЬМАЯ.

# ТРАВМАТИЧЕСКИЕ НЕВРОЗЫ СО ВКЛЮЧЕНИЕМ НЕВРОЗОВ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ.

### А. НОЗОЛОГИЯ.

Говоря о травматических неврозах, мы обозначаем целую группу неврозов по характерной для нее этиологии; поступая таким образом, мы вносим осложнение в нашу классификацию, делаем ее смешанной: как это ни удобно с чисто практической точки зрения, это все же очень опасно в смысле возможности смешения понятий; может, конечно, статься, что какая-нибудь определенная производящая причина, в роде, например, физической травмы, действительно может сочетаться с каким либо определенным характерным патогенезом и со столь же характерным течением болезни, но в таких случаях пришлось бы смотреть на невроз, возникающий в результате таких условий, как на совершенно особое и своеобразное болезненное состояние. Опыт, за которым должно быть последнее слово, повидимому указывает, однако, на то, что с группой заболеваний, объединенных нами под названием травматических неврозов, дело обстоит не так; ведь, если и верно, что физическая травма может оказать влияние на течение и симптомы большинства неврозов (как впрочем и психозов, как это видно на известном примере прогрессивного паралича помешанных), то все таки в симптоматологии и в патогенезе заболеваний, о которых идет речь, мы не в состоянии обнаружить никаких факторов, которых мы не могли бы встретить и при таких неврозах, в развитии которых не было отмечено никаких подобных травм.

В этой главе мы главным образом будем заниматься теми проблемами, которые возникли в связи с военными неврозами, так как эти неврозы вызывают к себе в настоящее время максимальный интерес. Переживания военного времени наложили свой отпечаток



на все почти формы неврозов и психозов, как этого и следовало ожидать; приходится, пожалуй, удивляться только тому, что отпечаток этот в очень большом числе случаев оказался чрезвычайно бледным. Так, например, мне не приходилось видеть ни одного случая невроза навязчивости, в котором переживания войны играли бы сколько нибудь значительную роль, если не считать того, что переживания эти дали много материала, который был использован существовавшими уже до них тенденциями; мне самому пришлось изучить два случая этого невроза, в которых действие военных переживаний было до крайности ничтожным даже в самый тяжелый период военного времени. Мне не известно также ни одного случая хронической неврастении или ипохондрии, развившегося на почве военных переживаний, как их следствие. Подавляющее большинство тех случаев, которые с некоторым правом можно было отнести к числу военных неврозов, представляло собою случаи истерии, в частности истерии конверсионной и истерии страха, при чем почти все авторы отметили, что конверсионную истерию можно было сравнительно редко наблюдать среди офицеров. Мы должны, следовательно, решать вопрос, каково же отношение действия военных переживаний, как и других травматических переживаний мирного времени — к тем патогенным факторам, которые характерны для истерии.

### В. ПАТОГЕНЕЗ.

В главе об истерии нам пришлось обсуждать три главные теории этого заболевания: согласно первой из них существенным моментом для возникновения истерии является некоторое извне действующее внушение; по второй теории таким моментом является шок, а по третьей — вытесненные желания. Судя по ревностному усердию, с которым эти взгляды защищались лицами, их разделяющими, надо было ожидать, что опыт с неврозами военного времени будет интерпретирован представителями этих разных воззрений в смысле подтверждения разделяемых ими теорий; так оно конечно и случилось, и если мы были правы, утверждая, что в каждой из этих теорий содержится частица истины, то нам, конечно, и дальше не придется удивляться этому.

Бабинскому и многим другим исследователям удалось доказать, что целый ряд симптомов, наблюдаемых у невротиков на войне, обусловлен (по крайней мере отчасти) особым обращением



внимания на заболевшую часть тела, устанавливавшимся у них после врачебного исследования или благодаря ранению; он доказал кроме того, что симптомы эти исчезают, если на первых же порах приступить к энергическим контр-внушениям. Ему не удалось, однако, выяснить, почему на подобные внушения реагируют только определенные индивидуумы или почему эти индивидуумы особенно доступны именно этим внушениям, а не иным. А кроме того уже слишком во многих случаях можно было установить, до какой степени нестойким было «излечение», достигнутое с помощью лечения внушением.

Теория шока, на которой основано лечение по методу перевоспитания, приобрела много приверженцев и встретила пожалуй больше всего сочувствия из всех психологических объяснений военных неврозов. Кажется само собой разумеющимся, что причина болезни именно в телесном и душевном шоке, в повреждениях и страданиях, которым в такой высокой степени были подвержены солдаты на войне. Это, повидимому, настолько очевидно, что лишь очень немногие авторы обратили внимание, что это простое объяснение все таки оставляет нерешенными очень большое число проблем. Вот эти проблемы: небольшой процент участников войны, хворавших подобными болезнями; невозможность найти связь между несчастным случаем и начальными явлениями невроза в анамнезе — или, как было общепринято говорить, связь между травмой и конституциональным предрасположением; резкое несоответствие между причиной и действием (некоторые из самых тяжелых случаев возникали не на фронте, а в тылу, при чем больные не переживали никаких травм, между тем как часто не развивалось никакого невроза даже после самых ужасных переживаний); основания для возникновения тех, а не иных симптомов, их локализация, течение и т. д.; причины чрезвычайно разнообразных последствий и последствий травмы.

При попытке формулировать теорию сущности и механизма военных неврозов психоаналитической школе пришлось бороться с чрезвычайными затруднениями. Случилось так, что травматическая истерия из всех неврозов всего менее подверглась психоаналитической обработке до войны. По самой сути дела (сроки отпусков и т. п.) условия очень мало благоприятствовали надлежащему обследованию отдельных случаев. Условия эти были одинаковы во всех странах, начальство не особенно охотно допускало такие обследования и даже, где это было возможно, препятствовало



их производству. Кроме того психоаналитики были уже приучены к тому взгляду, что такие ясные и очевидные моменты, как переутомление или перенапряжение, весьма редко исчерпывают всю этиологию невроза, что они обычно не исчерпывают даже важнейшей части этой этиологии; была также у психоаналитиков и привычка строго различать существенные причины невроза от только провоцирующих его факторов.

Но вскоре начали накапливаться наблюдения, указывавшие определенно на наличие по крайней мере некоторых из тех факторов, которые вскрыты психоанализом в неврозах мирного времени. Читатель вспомнит, что психоаналитическая теория всех психоневрозов вообще строится из четырех тезисов: 1) психоневрозы по своей сущности являются продуктами воли, 2) они основаны на интрапсихическом конфликте между душевными влечениями более сознательными и менее сознательными, 3) начало их восходит к инфантильному периоду жизни и 4) ядром невроза является всегда конфликт сексуального характера. Наличие первых двух из этих моментов была вскоре вполне определенно подтверждена различными наблюдателями, в особенности же Мак-Керди (Mac Curdy) и Риверсом (Rivers). Во время лечения часто было очень нетрудно видеть перед собой все то же, уже известное нам сопротивление процессу выздоровления, и это даже в тех случаях, когда сознательная установка больного определялась исключительно воодушевленным стремлением к обратному возвращению на фронт (подобное стремление вообще ведь довольно редкое явление, что вполне понятно). Эти же авторы подчеркнули также и ту роль, которую в возникновении болезни играл конфликт между желанием исполнить свой долг и стремлением спасти свою жизнь и уйти от опасности, а также и роль тех усилий, которые делались людьми (в особенности офицерами) для вытеснения этого последнего стремления. Мак-Керди и я указали также и на то, что военные переживания давали повод к возникновению старых, часто инфантильных комплексов, в мирное время находившихся в вытесненном состоянии или же ликвидированных путем сублимации, реактивных образований и т. п. Заявив о своем существовании, комплексы эти на войне явились моментом определенно понижавшим ту интенсивную работу по приспособлению к новой обстановке, которую необходимо должен был проделать каждый участник войны. Несмотря на затруднения, встреченные мною при подробном обследовании соответственных случаев, я все



же предпринял в одной из своих работ попытку обрисовать теорию сущности и механизма военных неврозов, каковая теория нашла впоследствии подтверждение у иностранных авторов, в особенности же у Абрагама (Abraham), Ференци и Зиммеля (Simmel). Я могу передать ее здесь лишь в общих чертах, так как в ней затронуты некоторые из труднейших проблем психологии бессознательного, разработка которых началась лишь в самое последнее время.

Совершенно очевидно, что в центре всего вопроса о возникновении военных неврозов стоит проблема страха, которой мы до сих пор еще совершенно не затронули. Работы Фрейда показывают, что, отнеся явления страха к числу нормальных инстинктов, мы поступим слишком поспешно, и подчеркивают необходимость строго отличать друг от друга нормальные и патологические проявления страха (нормальный или «реальный» страх: сенсорная и моторная настороженность и готовность, а в случае надобности и соответственное поведение; патологический или невротический страх: диспропорция между поводом и реакцией, преувеличенное значение, придаваемое соматическим сопутствующим явлениям, и парализующая задержка, как описано в главе о неврозе страха). Фрейд нашел, что так называемый невротический страх встречается всегда в самой тесной связи с вытесненной сексуальностью, вследствие чего возник вопрос, каково отношение вытесненной сексуальности к болезненно преувеличенным проявлениям реального страха, наблюдающимся у солдат. Наблюдение фактических соотношений правда не позволило нам (или позволило это лишь в самых редких случаях) установить наличность связи между этими двумя явлениями, но зато с другой стороны было открыто, что возникновение военного невроза тесно связано с другим психологическим моментом, который обыкновенно не принято называть сексуальным, а именно, с моментом эгоизма, любви к себе. Этой проблеме автоэротизма в последние годы было уделено очень много внимания (в особенности в связи с исследованием раннего слабоумия), при чем было установлено, что любовь к себе связана генетически с обычной сексуальностью (т. е. с гетероэротикой) и может быть является в последнем счете даже источником этой сексуальности. Любовь к себе или «нарцизм» — это самая ранняя форма инфантильной любви и переход от этой ступени развития к более высоким формам любви редко совершается столь полно и безостановочно, как это принято обыкновенно думать. Патологический страх, характерный для большинства случаев военного



невроза, имеет, повидимому, своим источником как раз вытесненный нарцизм; и мы должны сказать, что это открытие дает нам даже возможность заранее предсказать, какие люди скорее захворают от последствий военного шока или сходных с ним травматических переживаний.

### С. ЛЕЧЕНИЕ.

Во время войны всякому врачу приходилось подчинить требованиям существовавшего положения свои собственные взгляды по вопросу о том, какой метод лечения более всего подходит для тех случаев неврозов, которые попадали в его руки, так что теперь, конечно, бесполезно повторять, сколь безответственно губился тогда человеческий материал из-за обычного в то время недостатка в понимании клинической психологии. Случаи, повидимому, можно было разделить на две большие группы, смотря по тяжести заболевания; из этих групп нас интересует в настоящее время только одна. В одной группе случаев была определенная склонность к почти спонтанному улучшению после непродолжительного пребывания в благоприятной обстановке, и на случаи такого типа можно было, конечно, успешно действовать с помощью любого из известных нам методов лечения. Другой тип случаев, гораздо более упорных, отличался от первого типа следующими особенностями своей патологии: военные переживания вызывали в этих случаях не только конфликт между несексуальными идеалами личности («я») и вытесненным нарцизмом, но заставляли также оживать в бессознательном этих больных и другие тенденции, являющиеся факторами, способствующими образованию невроза, создавая конфликты, очень похожие на те, с которыми мы имеем дело в обыкновенных случаях истерии; важнейшие из них—это вытесненные инцестуозные, садические и гомосексуальные комплексы. Иными словами, чем дольше затягивался случай военного невроза, тем более патология его подходила к обычной истерии мирного времени, так что можно даже было говорить о переходе «военного невроза» в «невроз мирного времени». В подобных случаях появлялись желания, направленные на получение сумм из благотворительных фондов, на получение пенсий и т. д.; желания эти заменили ставший полусознательным мотив желания избежать возвращения к опасностям и лишениям фронта и иногда даже были связаны с бессознательным желанием вернуться к более инфантильной установке по отношению к жизни.



Для лечения подобных случаев в настоящее время применяются почти все виды психотерапии, и надо сказать, что было бы преждевременно высказывать окончательное суждение о прочности и окончательности полного излечения, достигаемого с помощью столь большого числа различных методов. Что касается, однако, врачей, которым приходится пользоваться больных этого типа, то среди них заметно все большее и большее недовольство простыми методами лечения, более того: за последнее время стали часты переходы из рядов гипнотизеров в ряды психоаналитиков. Я хотел бы кроме того подчеркнуть, что даже в тех случаях, когда вследствие внешних условий было совершенно невозможно провести правильный психоанализ, выяснилось, что понимание сути дела оказывает все таки большие услуги, каким бы методом мы не лечили. Что касается отдельных методов лечения, то мне остается просто сослаться на главу об истерии.

#### БИБЛИОГРАФИЯ.

- Eder, War Schock. 1917.  
Jones, Ernest, War Schock and Freud's Theory of the Neuroses. Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1918.  
Mac-Curdy, War Neuroses, 1918.  
Myers, Contribution to the Study of Shell Shock. Lancet. 1915—16.  
Read Stanford, A Survey of War Neuro-Psychiatry. 1918.  
Rivers, The Repression of War Experiences. Lancet 1918. War Neurosis and Military Training. Mental Hygiene, Vol II.  
Rhoussy and Lhermitte, The Psychoneuroses of War (Английский перевод). 1918.  
Smith Elliot and Pear, Shell Shock and its Lessons. 2 изд. 1919.  
Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, Diskussion mit Beiträgen von Abraham, Ferenczi, Freud, Ernest Jones und Simmel. 1919.  
См. также рефераты о богатой литературе на эту тему в журналах: Mental Hygiene, Revue Neurologique, Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie.



## ГЛАВА ДЕВЯТАЯ.

### ПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЗОВ.

Тот прогресс, который сделан нами за последние годы в деле понимания сущности неврозов и их этиологии, сказывается на их профилактике даже гораздо больше, чем на терапии; можно сказать, что мы достигли той ступени, на которой можно без всякого преувеличения утверждать, что в большинстве случаев удастся окончательно предотвратить возможность развития невроза, если только проявить соответственное внимание. Очевидно, что это особенно важно для практического врача, и не только потому, что у него больше всего возможностей действовать в направлении профилактики и больше всего ответственности, но и потому, что применение целого ряда необходимейших мероприятий, и к счастью как раз даже самых важных, совершенно не требует никаких специальных познаний в области клинической психологии.

В этой проблеме существуют три важные стороны: индивидуальная гигиена, общественные учреждения и воспитание. Что касается первой из них, то, после всего сказанного, мне мало остается добавить. Возьмем «актуальные неврозы»: здесь следовало бы стремиться насколько возможно избегать тех специфических факторов, о которых мы уже говорили; в особенности надо избегать их тем лицам, которые предрасположены к неврозу вследствие некоторых уклонений в ходе их развития, сказывающихся часто в незначительных, не являющихся ярко патологическими, проявлениях (странности в характере, inadequate эмоциональные реакции и т. д.). Что касается тех лиц, которые с самого начала предрасположены к развитию у них «психоневроза», то их следовало бы предостеречь, чтобы они не ставили себя в условия, в которых они могли бы подвергнуться действию таких факторов и ситуаций, к которым они не могут приспособиться. Невозможно перечислить порознь все эти факторы и ситуации, и не только



потому, что они в разных случаях весьма различны, но и потому, что для понимания многих из них требуется подробное знание особенностей психического развития данного индивидуума и такая же детальная оценка всех слабых мест его способности к сопоставлению.

Я приведу сейчас простой пример общего характера. Несмотря на то, что общее мнение придерживается обратного, мы утверждаем, что брак рискованное дело для каждого невротика, и думаем, что совет вступать в брак, от которого нередко ждут излечения невроза, лишен во многих случаях всякой научной обоснованности. В супружеской жизни могут возникнуть такие ситуации, которые с трудом перенесет без всякого вреда и человек с крепкой и уравновешенной нервной и психической конституцией, так что невротик (будь то мужчина или женщина) очень серьезно рискует, подвергаясь возможности всех тех травм, с которыми обычно связана семейная жизнь. Результат может быть и очень хорошим, чаще однако последствия бывают неблагоприятны или даже несчастны, и во всяком случае всегда чрезвычайно трудно учесть что либо заранее. Но это конечно относится исключительно к тем пациентам, которые не проделали соответственного лечения.

Обсуждение связи между формами социальной жизни и неврозами могло бы дать материал для целой книги, так что мне придется ограничиться здесь двумя, тремя замечаниями общего характера. Становится все яснее, что опыт, приобретенный благодаря исследованиям медицинской психологии, в будущем будет учитываться каждым, кто захотел бы составить себе правильное суждение о различных социальных проблемах. Очень может быть, что наше теперешнее понимание еще недостаточно глубоко, чтобы дать возможность с легкостью строить обобщения; но врач-психолог все таки несомненно вынужден правильно оценивать значение известных сторон этих проблем, которыми слишком часто совсем пренебрегают. Так врач-психолог мог бы доказать, напр., что несчастный брак может иметь очень вредные последствия для развития тех детей, которые появились бы на свет (этот момент должен иметь значение в вопросе о разводе); что половое воздержание, если оно длится неопределенно долго, может иметь серьезные последствия, в особенности для людей с определенным предрасположением; что это заблуждение, когда думают, что брак автоматически спасает от всех бед безбрачия (для многих людей оба эти состояния одинаково тяжелы); что невозможно навязывать людям, не



нанося им серьезного ущерба, единой морали и одинакового образа жизни, так как установление единой и застывшей нормы для аффективной и инстинктивной сферы было бы такой же несообразностью и таким же насилием над фактами, как если бы это произошло в сфере интеллектуальной, в сфере жизни духовной.

Легче всего можно работать профилактически в наше время в области воспитания <sup>1)</sup>, так как выводы медицинской психологии относительно воспитания очень важны, и их нетрудно на практике претворить в жизнь. Я беру только два таких, имеющих педагогическое значение, вывода, чтобы обсудить их несколько подробнее: о необходимости избегать слишком раннего полового возбуждения, с одной стороны, и слишком сильного вытеснения с другой. Что касается первого, то результаты психоаналитических исследований сводятся прежде всего к утверждению, что возникновение этого возбуждения возможно вследствие таких обстоятельств, на которые обычно не принято обращать внимания, и что подобное возбуждение оказывает огромное влияние на все дальнейшее развитие ребенка. Выяснилось, что приятные ощущения совершенно определенно выраженного сексуального характера можно возбудить у ребенка в гораздо более раннем возрасте, чем принято думать, и так как они обычно направлены на родителей—задолго до того времени, когда ребенок узнает, что существует большая разница между родственниками и остальными людьми в отношении возможности делать их предметом сексуального интереса—то они часто подготавливают пути для развития в дальнейшем бессознательных фиксаций и моральных конфликтов, оказывающихся затем в центре процесса развития невроза. Подобные приятные ощущения могут вызываться вследствие чрезмерной нежности и ласк родителей, при слишком преувеличенных заботах о чистоте и опрятности ребенка—и то и другое часто бывает следствием невротического предрасположения матери, далее, если ребенку позволяют привыкнуть заглушать в себе все неудовлетворенные желания и всякое неудовольствие при помощи доставления себе удовлетворения ритмическими сосательными движениями. Неправильно также допускать, чтобы ребенок спал вместе с другими детьми или со взрослыми, даже в том возрасте, когда это считается не имеющим никакого значения. Наконец, самой частой причиной является то, что ребенок становится свидетелем полового акта, значение

<sup>1)</sup> См. «Papers on Psychoanalysis», гл. 34—37.



которого может остаться для него пока что неясным, но что, однако, нисколько не мешает тому, чтобы это впечатление оставило неизгладимый след в его душевной жизни. Врач, уяснивший себе все значение этих моментов, может дать ряд простых, но весьма ценных советов родителям, и эти советы часто могут предотвратить заболевание, причиняющее массу страданий и длящееся много лет. А вот еще пример: во многих случаях ночных страхов (*raue nocturnus*), являющихся первыми признаками тяжелого невроза, можно принести облегчение, если просто руководствуясь выше указанной точкой зрения, обратить внимание, где ночью спит ребенок.

Второе требование: о необходимости избегать слишком сильного вытеснения основывается на понимании того, что при развитии психоневрозов очень важную и даже существенную роль играют преувеличенные реакции на сексуальные переживания в детском возрасте: те реакции, которые проявляются в форме слишком сильного чувства виновности, страха, стыда и раскаяния. Это одна из самых серьезных причин для требования совершенно иного, чем практиковавшийся до сих пор, способа ознакомления детей с явлениями этого рода. Те линии, которых следовало бы держаться при этом родителям, чрезвычайно просты. В большинстве случаев не требуется никаких разъяснений, пока ребенок сам, совершенно спонтанно, не начнет спрашивать, да и тогда тоже исключительно постольку, поскольку он спрашивает, при чем конечно необходимо считаться с уровнем его понимания. У большинства нормальных детей такое постепенное разъяснение распределится на период времени от третьего до шестого года. Приступать к такому разъяснению в возрасте после шести лет будет уже слишком поздно: не получив ответа от взрослых на свои вопросы, ребенок к этому времени уже успевает создать себе свои собственные теории и фантазии; мать, правда, обыкновенно, ничего о них не знает, и в следующие годы они обычно отступают на задний план и забываются, но все таки они продолжают косвенным образом оказывать большое влияние на развитие душевной жизни ребенка. Ни при каких условиях не следует давать ребенку ложных сведений о предметах этого рода и слишком уже явно замалчивать эту тему. Следует вести себя так, чтобы у ребенка было свободное и естественное отношение к этим вопросам: это достигается не столько положительными, ставящими себе такую цель, усилиями матери, сколько старанием избегать всякого за-



путивания в этом отношении, могущего вызвать в ребенке чувство, что дело идет о чем то неприличном.

Как ни просты эти положения, мне все же известно, как трудно заставить с ними согласиться. Единственное откровенное мнение, которое обычно приходится слышать о половом вопросе, это подчеркивание опасности и неприличия мыслей или даже поступков, относящихся к этой теме. Модное течение в защиту «сексуального просвещения в школе», словно эпидемия, захватившее все цивилизованные страны, придает слишком уже значительный характер моменту предостережения детей от опасностей; оно подчеркивает тем самым отрицательную, а не положительную сторону проблемы. Приходится ожидать, что возможные благоприятные результаты этого движения будут уравновешены его вредными сторонами, в деле же борьбы с неврозами движение это конечно бессильно и роли не играет. Невроз является той ценой (и при том далеко не всей ценой), которой общество платится за свое лицемерие, за интеллектуальную и моральную сбивчивость своих понятий.

В заключение я хотел бы коснуться еще одного момента, по отношению к которому родители не являются бессильными: я имею в виду те опасности, которые возникают для ребенка, если он воспитывается исключительно в среде людей взрослых. Многочисленные наблюдения Брилля (Brill) и других авторов показали, что большинство единственных в своей семье детей со временем заболевает неврозом, равно как и дети, к которым родители относятся лучше, чем к другим, которые являются любимцами родителей. Единственно естественной и здоровой средой для ребенка является общество других детей, и если обстоятельства не позволяют создать такую среду для ребенка в родительском доме, то надо искать других способов для осуществления этой задачи.

---

#### БИБЛИОГРАФИЯ.

Brill, Psychoanalysis, Ch. XI.

Freud, Sammlung etc., II Folge.

Jones, Ernest, Papers on Psycho-Analysis, Ch. XXXIV—XXXVII.

H. Hug-Hellmuth, Aus dem Seelenleben des Kindes. 1913.



## ГЛАВА ДЕСЯТАЯ.

### ПСИХИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ СОСТОЯНИЙ, РОДСТВЕННЫХ НЕВРОЗАМ.

Теперь я дам краткий обзор применения психических методов лечения при некоторых других состояниях, не являющихся неврозами. Состояния эти разделяются на психозы и некоторую смешанную группу, обнимающую различные патологические наклонности и аномалии.

#### А. ПСИХОЗЫ.

##### ПАРАФРЕНИЯ (*Dementia praecox*).

Терапевтические усилия могут рассчитывать на какой либо успех разве лишь в самых начальных стадиях этого заболевания, при чем скорее при кататонии, реже же всего при гебефрении. В тех случаях, когда дело идет о том, чтобы улучшить сон больного или побудить его к приему пищи, иногда хорошо действует гипноз.

И у психоанализа имеются заслуги в этой области: патогенез парифрении стал значительно понятнее благодаря исследованиям Юнга и его учеников. Нередко удается устранить определенные симптомы, разрешив их с помощью психоанализа приблизительно тем же способом, как и при неврозах, а вместе с этим удается, конечно, очень значительно подействовать и на улучшение общего самочувствия больного. В исключительных случаях больной, повидимому, даже вновь становится здоровым и вполне работоспособным; но, само собой разумеется, при этом отнюдь не достигается излечения самого заболевания, и остается все таки опасность наступления рецидива в дальнейшем. Возможно также, повидимому, что анализ может в некоторых случаях даже ухудшить состояние больного, в особенности если производится недо-



статочно искушенным в нем врачом и без соблюдения соответствующих мер предосторожности: надо однако согласиться и с тем, что при таком безнадежном заболевании мы все таки вправе идти на некоторый риск. И можно во всяком случае сказать, что при всей малой пригодности материала психоанализ все же открывает более выгодные перспективы при лечении этого заболевания, чем все остальные терапевтические методы.

#### МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ.

При маниакально-депрессивном помешательстве перспективы терапевтического успеха значительно благоприятнее, в особенности при его циклической рецидивирующей форме, столь часто ошибочно диагностируемой, как неврастения. В острых стадиях, как мании, так и депрессии, всякое лечение, конечно, почти что совершенно исключено, так что мы невольно вынуждены дожидаться светлого промежутка. Исследования Абрагама, Медера и моих собственные показали, что на целый ряд подобных случаев можно благоприятно подействовать с помощью лечения психоанализом, и действие это гораздо значительнее, чем это считалось возможным. Особенно много сделал Абрагам для понимания психической структуры этого заболевания; Абрагам очень подчеркивает сходство маниакально-депрессивного психоза с неврозом навязчивости. С другой стороны Брилли доказал, что многие случаи с определенно выраженной клинической картиной маниакально-депрессивного психоза в дальнейшем в течение анализа расшифровываются, как случаи истерии страха; я могу вполне подтвердить это на основании своего собственного опыта. Получается впечатление, что в маниакально-депрессивном психозе надо видеть две группы с различным психогенезом: одна группа похожа по психогенезу на неврозы, другая же — на парафрению. В случаях первой группы психоаналитическое лечение имеет достаточно шансов на успех; если обстоятельства складываются благоприятно, то подобное лечение может повести к полному и прочному выздоровлению. Напротив, в случаях второго рода мне еще ни разу не удалось поставить больного на ноги, хотя и здесь все таки можно сделать кое что, чтобы умерить частоту и интенсивность приступов. Я хотел бы кроме того добавить, что до сих пор неизвестно никакой другой возможности отличить друг от друга эти два рода маниакально-депрессивного помешательства, кроме психоаналитического исследования.



## ЭПИЛЕПСИЯ.

Очень трудно говорить об эпилепсии в данном контексте, так как в настоящее время совершенно еще неясны природа и сущность этого заболевания. Существует общий взгляд, что под этим именем в настоящий момент мы объединяем не одну, а несколько совершенно различных друг от друга болезненных форм. При некоторых из них, вероятно, возможно терапевтическое воздействие, при других же оно невозможно. Известно во всяком случае, что во многих случаях, принятых за эпилепсию очень опытными авторитетами, после психического лечения наступало большое улучшение, а иногда даже и выздоровление. В этих случаях применялись и гипноз и методы перевоспитания и психоанализ. Сложность заболевания заставляет нас однако предполагать, что больше всего перспектив приходится связывать с наиболее основательными и сложными методами. В течение нескольких последних лет стало известно, что возможны совершенно типичные эпилептические припадки и при таких болезнях, которые несомненно психогенного происхождения<sup>1)</sup>, и надо сказать, что было бы в высшей степени ценно, если бы возможно было клинически отличать такого рода случаи от тех более тяжелых форм, при которых психическое лечение бессильно, даже если оно применяется в самых начальных стадиях. Медер, Задгер (Sadger), Штекель (Stekel) и другие сделали уже многое для установления психогенеза отдельных форм эпилепсии. В Америке больше всего потрудились над вопросом о психопатологии и терапии эпилепсии П. Кларк (Pierce Clark) и Мак-Керди (Mac Curdy). Они доказали, что в случаях эпилепсии, даже далеко зашедших, иногда можно достигнуть поразительно хороших результатов с помощью психоанализа. Мне, пожалуй, нет нужды особенно подчеркивать, что в тех случаях, где уже началась психическая деградация, всякое психическое лечение конечно совершенно излишне.

## В. РАЗЛИЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАКЛОННОСТИ И АНОМАЛИИ.

### АЛКОГОЛИЗМ.

Психотерапия, как средство борьбы с алкоголизмом, совершенно бесполезна во всех тех случаях, где уже имеется выраженный

<sup>1)</sup> См. соответствующий отдел в моих «Papers on Psycho-Analysis», Гл. XXV.



психоз, и надо полагать, что, вопреки обычным утверждениям, так называемые алкогольные психозы являются в сущности случаями парафрении, эпилепсии и других болезней, только осложненные алкоголизмом; это, конечно, не относится к острым токсическим состояниям, в роде алкогольного галлюциноза, Корсаковского психоза и т. д.

Что касается более легких случаев алкоголизма, то к их лечению очень широко и часто с хорошими результатами применялся гипноз. Но, повидимому, между алкоголиками существуют очень большие различия в смысле восприимчивости к этому методу лечения: одни пациенты очень хорошо поддаются ему, другие же совершенно не реагируют на внушения; последних, к сожалению, значительно больше, чем первых. Кроме того, более упорные разновидности алкоголизма, в роде, например, дипсомании, также с большим трудом поддаются лечению внушением. Таким образом при лечении внушением очень трудно сказать чтонибудь заранее относительно успеха, и даже в тех случаях, где достигается улучшение, все таки дальнейшая судьба случая остается, как это вполне понятно, очень неясной, так как не сделано никакой попытки подойти к причинам патологического влечения. Абрагам, Ференци, Фрейд и другие авторы доказали, опираясь на психоаналитические исследования, что влечение к пьянству обусловлено действием психических факторов. Факторы эти чрезвычайно сложны, но они все таки точно определены. Так же, как и при неврозах, и здесь имеют значение причины вспомогательные, в роде соблазна, удобного случая и т. д., но конечно одних этих причин недостаточно, от них не станешь неумеренным и безвольным пьяницей.

Повидимому, у обоих полов важнейшими причинными моментами надо считать вытесненные гомосексуальные влечения; действие алкоголя в более или менее совершенной степени устраняет те задержки, с помощью которых сознание отстраняет от себя связанные с этими влечениями аффекты; это доставляет временное приятное ощущение, и когда больной привыкает к нему, он уже не в силах более от него отказаться. Лечение психоанализом вскрывает корни болезненного влечения, заставляет сознать их, делает таким образом излишним обращение к искусственному средству—алкоголю—и освобождает тем самым от навязчивого стремления к пьянству. С помощью этого метода мне удавалось неоднократно достигать вполне удовлетворительных и прочных результатов, за исключением, конечно, далеко зашедших случаев, и я полагаю, что метод этот более всех



остальных пригоден для внесения радикальной перемены в психическую ситуацию в ее целом и в деле помощи больному в борьбе за господство над своими патологическими инстинктивными влечениями.

#### НАРКОМАНИЯ.

То же, что и об алкоголизме, можно сказать и вообще о наркомании. И здесь очень важную роль, может быть даже главную, играют вытесненные гомосексуальные влечения. Наркотическое средство ослабляет действие вытесненных психических конфликтов, сказывающихся зато тем сильнее при воздержании. Можно с успехом вести борьбу за отвыкание; борьба эта требует однако колоссальной затраты энергии и должна поддерживаться воздействием с помощью внушения; однако, это все таки не уничтожает тех стремлений и влечений, которые лежат в основе болезни, что явствует из того, насколько редко достигается выздоровление при таком лечении. Лечение же психоанализом и в этих случаях, как и при алкоголизме, приводит к большему психическому равновесию, а, следовательно, и к более благоприятным терапевтическим результатам.

#### ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ.

Это часто встречающееся извращение связано с вредными последствиями для душевной и социальной жизни; последствия эти и подали повод к многочисленным дискуссиям по вопросу о возможности терапевтического воздействия. Так, например, в свое время возлагали большие надежды на попытки лечения гипнозом, делавшиеся Шренк-Нотцингом (Schrenck-Notzing), но опыт заставил разочароваться в этих надеждах. Почти все авторитеты считают гомосексуальность состоянием врожденным, против которого всякое лечение совершенно бессильно. Более утешительные перспективы открываются однако в связи с психоаналитическими исследованиями. Результаты этих исследований сводятся к двум пунктам: во первых, это извращение является результатом сложного взаимодействия различных факторов, а не простым появлением врожденной аномалии, как это обыкновенно принято думать; во вторых, существует несколько определенных типов гомосексуальности, выраженных вполне ясно и отличающихся друг от друга по патогенезу. Помимо этого, Задгером было доказано впервые, что можно благоприятно подействовать на психические импульсы этого извращения с помощью психоаналитического лечения, так что в настоящее время мы уже не вправе смотреть на гомосексу-



альность, как на нечто неизлечимое. Что касается моего собственного опыта, то я сказал бы, что лечить это состояние гораздо труднее, чем большинство неврозов, что требуется еще более продолжительный срок лечения и что различные типы неодинаково реагируют на лечение. Эти колебания заставляют быть очень осторожным при прогнозе в каждом отдельном случае. Да ведь кроме того гомосексуальность встречается в разнообразных степенях, начиная от следов ее, находимых у каждого нормального человека, и кончая теми крайними формами, когда лица другого пола не оказывают абсолютно никакого притягательного действия. Да и отношение самих гомосексуальных субъектов к своей аномалии, а тем самым и та энергия, с которой они берутся за попытку ее устранения, весьма различны. Многие из них совершенно примирились с нею, даже гордятся ею и начинают лечиться исключительно по каким нибудь соображениям социального характера или из желания иметь потомство. Наконец, как уже выше отмечено, существует несколько различных типов этого извращения, оказывающихся в разной степени упорными: так, напр. гораздо упорнее те случаи, в которых извращены и сексуальная цель и сексуальный объект, менее же, где извращен лишь объект, и прежде чем судить о возможности благоприятного результата от лечения, следовало бы внимательно взвесить все эти моменты, а также и некоторые другие более общего характера. Можно, однако, определенно утверждать, что на коренное изменение всей психической ситуации мы вправе рассчитывать только при применении психоанализа.

#### ПОЛОВЫЕ ИЗВРАЩЕНИЯ.

Многочисленные виды половых извращений можно разделить на две группы по их психогенезу. По Фрейд у всех детей обнаруживаются в рудиментарном виде зачатки тех тенденций, которые, если они являются резко выраженными, вполне развитыми, надо назвать не иначе, как извращениями. В течение нормального развития они подвергаются вытеснению, которое приводит к тому, что они превращаются в другие формы деятельности. В качестве примера возьмем следующее: эрогенные зоны распространяются у ребенка по всему телу, включая и органы выделения; в течение дальнейших лет площадь этих зон сужается настолько, что она ограничивается в конце концов почти что исключительно одними половыми органами (в особенности у мужского пола). Одна группа извращений возникает вследствие того, что психосексуальное развитие отклоняется от



своей цели благодаря образованию ненормальных ассоциаций и вообще весьма сложных процессов; примерами этой группы являются: фетишизм, содомия и некрофилия. Извращения второй группы представляют собою фиксации и каррикатуры отдельных компонентов сексуального влечения, как, напр., садизм, мазохизм, эсгипсифилизм и т. д., но выяснилось, что даже и в этой группе фиксацию нельзя сводить к одному только моменту врожденности и унаследованности подобной резко выраженной тенденции, а приходится видеть в ней результат взаимодействия этой врожденной склонности и различных экзогенных влияний. Фрейд доказал, что психоневротические симптомы находятся в чрезвычайно близком родстве с половыми извращениями; первые представляют собою отрицательную, вторые — положительную сторону одних и тех же инстинктивных влечений. Родство этих явлений дает нам основание предполагать, что метод, предназначенный для лечения явлений первой группы, окажется подходящим и для второй из них. У меня нет собственного опыта в этой области, так как до сих пор мне не приходилось лечить случаи половых извращений в их чистом виде, ничем не осложненные. Наоборот, мне удавалось достигать хороших результатов в случаях невротических заболеваний, осложненных половыми извращениями: анализ давал больным возможность господствовать над ними и направить на другие пути ту энергию, которая в них вкладывалась. Лечение внушением в подобных случаях, как известно, бессильно.

#### ПРЕСТУПНОСТЬ.

Преступность также представляет такую тему, о которой мы еще не в состоянии высказать что-нибудь окончательное, становясь на терапевтическую точку зрения. По вполне понятным причинам психоаналитикам не приходилось до сих пор лечить преступников (за исключением клептоманов); Штекель, Вульффеи (Wulfen) и другие авторы осветили, однако, вопрос о криминальных тенденциях у невротиков, их происхождение и значение. Было доказано, что подобного рода импульсы обычно бессознательного происхождения, что их зачатки часто встречаются и у вполне нормальных людей и что они находятся в тесной связи с другими ненормальными влечениями, уже прямо относящимися к кругу деятельности терапевта. Здесь перед нами открывается широкое поле для исследований в области психопатологии, и мы вправе ожидать, что дальнейшая работа в этом направлении чрезвычайно углубит наше



понимание преступных душевных движений и создаст возможность оказывать на них воздействие, особенно в смысле их профилактики.

#### РАЗЛИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ.

В заключение мы должны упомянуть еще об одной смешанной группе особых состояний, которые обычно не рассматриваются, как болезни, даже в смысле широком, но которые тем не менее имеют очень большое значение в социальном отношении. Я имею в виду разнообразные чужачества, странности, аномалии и черты характера, причиняющие много горя и значительно понижающие работоспособность их обладателя в тех случаях, когда они переходят за известную границу. Действие всех этих особенностей сказывается, напр., в виде различного рода трений при общении с людьми, в неуживчивости и недовольстве в супружеской жизни, в невозможности жить в мире и в согласии с остальными членами семейства, в затруднениях при привыкании к своей профессии или к разного рода обязанностям и требованиям, выдвигаемым жизнью, в неспособности подчиниться таким обстоятельствам, которых невозможно изменить, в чрезмерной реакции при горе, несчастии или неудаче, короче говоря, в целом ряде душевных проявлений, которые удобнее всего объединить в некоторое целое под именем, напр., психической болезненности или ранимости.

Аномалии характера, вызывающие подобные результаты, развиваются из инфантильных душевных движений, недостаточно отклоненных и преобразованных в своем развитии; эти душевные движения стали бессознательными, но тем не менее все таки нарушают равновесие душевной жизни и поведение данного индивидуума. Лечиться такие люди начинают только в тех случаях, когда у них развивается определенно выраженное состояние невроза, но врачу-психологу постоянно представляется возможность изучать подобные состояния. Для психотерапии здесь открывается очень выгодное поле деятельности. Такие случаи очень подходят для лечения психоанализом, и опыт показывает, что, если распутать интимнейшие душевные импульсы такого человека, то можно научить его господствовать над ними, а вследствие этого сделать его и более способным справляться с теми задачами, которые ставит перед ним жизнь.



БИБЛИОГРАФИЯ.

К ПЕРВОМУ ОТДЕЛУ (А. ПСИХОЗЫ).

- Abraham, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins, Zentralblatt f. Psych., Jahrgang II, 1912.  
Brill, Psychoanalysis, Ch. VI und VII, 2 Auf. 1914.  
Clark Pierce, Ряд статей об эпилепсии в New York Medical Journal, Interstate Medical Journal и Medical Record, 1915—1916.  
Clark Pierce, Clinical Studies in Epilepsy, 1917.  
Ferenczi, Contributions to Psychoanalysis, Ch. V.  
Freud, Sammlung etc., III Folge.  
Jones, Ernest, Papers on Psychoanalysis, Ch. XXV und XXVI.  
Jung, Über die Psychologie der Dementia praecox. 1907.  
" Der Inhalt der Psychose. 1908.  
Maeder, Sexualität und Epilepsie, Jahrbuch der Psychoanalyse, Band I, 1909.

КО ВТОРОМУ ОТДЕЛУ (В. РАЗЛИЧНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАКЛОННОСТИ И АНОМАЛИИ).

Целый ряд статей в психоаналитических журналах, особенно же статьи Ференци (Ferenczi) и Задгера (Sadger).

---



# ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ и ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА

ПОД РЕД. ПРОФ. И. Д. ЕРМАКОВА.

### ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ.

- Вып. I. **Freud, S.** Лекции по введению в психоанализ. Т. I. Изд. 2-е. Ц. 1 р.  
Вып. II. **Freud, S.** Лекции по введению в психоанализ. Т. II. Ц. 1 р. 30 к.  
Вып. III. **Freud, S.** Основные психологические теории в психоанализе.  
Ц. 1 р. 25 к.  
Вып. IV. **Freud, S.** Методика и техника психоанализа. Ц. 75 к.  
Вып. V. **Freud, S., Jones, Hattinberg, Sadger.** Психоанализ и учение о характерах. Ц. 1 р.  
Вып. VI. **Freud, S.** Тотем и табу. Ц. 1 р. 75 к.  
Вып. VII. **Jung.** Психологические типы. Ц. 75 к.  
Вып. VIII. **Freud, S.** Очерки по психологии сексуальности. Ц. 1 р. 20 к.  
Вып. XIV. **Ермаков, Ив.** Этюды по психологии творчества А. С. Пушкина.  
Ц. 1 р. 25 к.  
Вып. XVI. **Ермаков, Ив.** Очерки по психологии творчества Н. В. Гоголя.  
Ц. 2 р. 50 к.  
Вып. XVIII. **Green.** Психоанализ в школе. Ц. 1 р. 25 к.  
Вып. XX. **Jones.** Терапия неврозов. Ц. 1 р. 50 к.

### ГОТОВЯТСЯ И ПЕЧАТАЮТСЯ

- Вып. IX. **Freud, S.** Толкование сновидений.  
Вып. X. **Freud, S.** Психоанализ слова и символика.  
Вып. XI. Психоанализ детского возраста.  
Вып. XII. **Kelsen, Federn, Kolnai.** Психоанализ и социология.  
Вып. XIII. **Ермаков, Ив.** Гипнотизм.  
Вып. XV. **Ермаков, Ив.** Органичность и выразительность в картине.  
Вып. XVII. **Freud, S.** Воспоминания детства Леонардо да Винчи.  
Вып. XIX. **Hug-Helmuth.** Психическая жизнь ребенка.  
Вып. XXI. **Reik.** Проблема религии.  
Вып. XXII. **Freud, S.** Градива.  
Вып. XXIII. **Freud, S.** Психоанализ детских неврозов.  
Вып. XXIV. **Bloch, J.** Половая жизнь нашего времени.  
Вып. XXVII. **Bleuler.** Естественная история развития психики.  
Вып. XXVIII. **Ермаков, Ив.** Анализ „Мертвых душ“ Гоголя.  
Вып. XXIX. **Jose Ingenieros.** Принципы биологической психологии.  
Вып. XXX. Сборник работ Детского дома „Международная солидарность“, Лаборатории Госуд. Психоаналитического Института.  
Вып. XXXI. **White.** Основы психиатрии (психоанализ).  
Вып. XXXII. **Wilfrid Lay.** Бессознательность в жизни ребенка.



# ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

## МОСКВА

### ПСИХОЛОГИЯ.

#### ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ.

- Аркин, Е. Мозг и душа. Ц. 40 к.  
Блонский, П. Очерки научной психологии. Ц. 50 к.  
Войтоловский, Л. Очерки коллективной психологии. В 2-х частях. Часть 1-я. Психология масс. Ц. 75 коп.  
Геддинг, Г. Очерки психологии, основанной на опыте. С предисловием Л. И. Аксельрод. Ц. 2 р.  
Дьюи, Д. Психология и педагогика мышления. Ц. 60 к.  
Мессьо, Б. Рациональная организация труда и психология. Перевод с 2-го пересмотренного английского издания В. Паразича. Ц. 1 р 80 к.  
Стаут, Д. Аналитическая психология. Т. I. Ц. 1 р. 25 коп.

## ТОРГОВЫЙ СЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО ИЗДАТЕЛЬСТВА

МОСКВА, Ильинка, Биржевая пл., Богоявленский пер., 4. Тел. 47-35.  
Ленинградское представительство, Моховая, 36. Тел. 5 34-18.

#### ОТДЕЛЕНИЯ:

- |                                              |                                    |
|----------------------------------------------|------------------------------------|
| АРМАВИР —Первомайская, 54.                   | КОСТРОМА—Советская, 11.            |
| БАКУ—ул. Троцкого (б. Милютинская), 14.      | КРАСНОДАР—Красная, 35.             |
| ВОЛОГДА—Площадь свободы.                     | Н.-НОВГОРОД—Б. Покровка, 12.       |
| ВОРОНЕЖ—Проспект революции, 1-й дом Советов. | ОДЕССА—ул. Лассаля, 12.            |
| ЕКАТЕРИНБУРГ—уг. Пушкинской и Малышева.      | ПЕНЗА—Интернациональная, 39/43.    |
| КАЗАНЬ—Гостинодворская. Гостиный Двор.       | ПЯТИГОРСК—Советский пр., 48.       |
| КИЕВ—Крешатик, 38.                           | РОСТОВ-н/Д.—ул. Фр. Энгельса, 106. |
| КИСЛОВОДСК—ул. К. Маркса, 7.                 | САРАТОВ—ул. Республики, 42/30.     |
|                                              | ТАМБОВ—Коммунальная, 14.           |
|                                              | ТИФЛИС—просп. Руставели, 14.       |
|                                              | ХАРЬКОВ—Московская, 20.            |

#### МАГАЗИНЫ В МОСКВЕ:

- |                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Советская площ., под бывш. гост. „Дрезден“. Тел. 1-28-94. | Серпуховская площадь, 1/43. Тел. 3-79-65. |
| Моховая, 17. Тел. 1-31-50.                                | Кузнецкий мост, 12. Тел. 1-01-35.         |
| Ул. Герцена, 13. Тел. 2-64-95.                            | Покровка, Лялин п., 11. Тел. 81-94.       |
| Никольская, 3. Тел. 49-51.                                | М. Харитоньевская, 4. Тел. 2-27-22.       |

Оптово-розничный магазин при складе „Теплые ряды“  
Ильинка, Богоявленский пер., 4. Тел. 1-91-49.







